

Ansökan skickas till:
Företagarnas Försäkringservice
Box 9600
117 91 Stockholm

Gruppavtalsnr

Administrationsenhet

Företagets eller organisationens namn

För att få teckna Gruppsjukvårdsförsäkring Barn ska anställd/medlem ha en gruppsjukvårdsförsäkring tecknad i Länsförsäkringar.

Anställd/Medlem

För- och efternamn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefon bostad (även riktnr)
Postnummer och ort	Telefon arbete (även riktnr)

Barn 2-15 år - Försäkringens omfattning framgår av förköpsinformationen

För- och efternamn	Personnummer
För- och efternamn	Personnummer
För- och efternamn	Personnummer
För- och efternamn	Personnummer

Vänligen observera att befintliga sjukdomar eller besvär som barnet har vid försäkringens tecknande är undantagna i försäringen. Undantaget gäller till och med två år efter sista behandlingstillfället/kontrollen.

Dina personuppgifter

De personuppgifter som Länsförsäkringar hämtar in om dig behandlas i enlighet med bestämmelserna i PuL. Uppgifterna är nödvändiga för att vi ska kunna administrera försäringen, fullgöra våra avtalsförpliktelser och tillgodose de önskemål du har som kund samt för de övriga ändamål som framgår av försäkringsvillkoren. Telefonsamtal som sker med dig som kund kan komma att spelas in för dokumentation av lämnade uppgifter. Enligt PuL har du rätt att begära information om och rättelse av de personuppgifter som finns om dig. Fullständig information om vår behandling av dina personuppgifter finns i försäkringsvillkoren som du kan hitta på vår webbplats eller beställa från din gruppföreträdare eller från Länsförsäkringar.

Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ) är personuppgiftsansvarig. Försäkringsgivare för denna försäkring är Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), 502010-9681, 106 50 Stockholm. Styrelsens säte är Stockholm.

Underskrift

Jag intygar att ovanstående lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. De uppgifter som lämnas ska ligga till grund för försäkringsavtalet och jag är medveten om att de vid försäkringens tecknande befintliga sjukdomstillstånd/olycksfall samt förvärrande av sådana sjukdomstillstånd/olycksfall inte omfattas av försäringen. Jag bekräftar att jag i samband med denna ansökan tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om Gruppsjukvårdsförsäkring Barn.

Datum	Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Vårdnadshavarens/gruppmedlems namnteckning	E-postadress