

# Begæring Sundhedsforsikring til din familie

## Arbejdsgiver

Navn

Adresse

Postnr.

By

## Arbejdstager

Navn

CPR-nr.

Ægtefælle/samlevers navn

CPR-nr.

Adresse

Postnr.

By

Telefon

E-mail

Adresse

Postnr.

By

Sundhedsforsikringen kan omfatte børn under 21 år.

Dækningen udløber med udgangen af den måned hvor barnet fylder 21 år.

Barnets navn

CPR-nr.

Adresse

Postnr.

By

Barnets navn

Adresse

Postnr.

By

Barnets navn

Adresse

Postnr.

By

Forsikringen skal omfatte

Grunddækning

Fysiske behandlinger

Psykologhjælp

Udvidet hjælp

## Tilmeldng til Betalingservice

Pengeinstitut/afdeling

Reg.nr.

Kontonr.

Kontohavers CPR-nr.

## Underskrift

Dato

Underskrift