

Ifylld ansökan skickas med post till: **Försäkringsutveckling AB, Box 38044, 100 64 Stockholm.**
 Eller skanna och skicka med e-post till: **diabetesforbundet@fuab.com**

Medlem	
Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer dagtid:
Postnummer & ort:	E-postadress:

Barnförsäkring Olycksfall- & Sjukförsäkring	
Barnens namn:	Barnens personnummer:

Önskad ersättningsnivå	Premie
<input type="checkbox"/> 20 prisbasbelopp	86 kr/månad
<input type="checkbox"/> 30 prisbasbelopp	113 kr/månad
<input type="checkbox"/> 40 prisbasbelopp (kräver hälsobeskriving)	146 kr/månad
<input type="checkbox"/> 50 prisbasbelopp (kräver hälsobeskriving)	177 kr/månad

Hälsobeskrivning vid ersättningsnivåer över 20 pbb.	Ja	Nej
Har något av barnen någon funktionsnedsättning jämfört med barn i samma ålder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet eller misstänker ni att något av barnen har någon sjukdom eller skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är något av barnen under medicinsk utredning, kontroll eller behandling? (Förutom ordinarie BVC-besök)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är något av barnen adopterat och har vistats kortare tid än sex månader i Sverige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Barnförsäkring Sjukvårdsförsäkring

Barnens namn:

Barnens personnummer:

Ort:

Namn-teckning målsman:

Datum:

Namnförtydligande målsman:

--	--