

**Ifylld ansökan skickas med post till :
Kloka Försäkringar c/o FUAB, Box 38044, 100 64 Stockholm.
Du kan också skanna och skicka in med e-post till: preem@fuab.com**

Gruppmedlems personuppgifter	
Förnamn & efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer & ort
E-post	Telefonnummer

Medförsäkrades personuppgifter	
Medförsäkrads förnamn & efternamn (make/maka/sambo/registred partner)	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer

Pbb 2018 är 45 500 kr.

Olycksfallsförsäkring vuxen	Månadspremie	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Högsta ersättningsbelopp vid medicinsk- & ekonomisk invaliditet	18 - 67 år		
30 pbb	48 kr		

Barnförsäkring - sjuk & olycksfall, En premie oavsett antal barn	Månadspremie	Medförsäkrad
Högsta ersättningen vid medicinsk- o& ekonomisk invaliditet. Gäller till utgången av det kalenderår barnet/barnen fyller 25 år.		
30 pbb	114 kr	
50 pbb Kräver förenklad hälsodeklaration, se nedan	174 kr	

Förenklad hälsodeklaration för barn vid ersättningsnivåer över 30 pbb.	Ja	Nej
Har något av barnen någon funktionsnedsättning jämfört med barn i samma ålder?		
Vet eller misstänker ni att något av barnen har någon sjukdom eller skada?		
Är något av barnen under medicinsk utredning, kontroll eller behandling? (Förutom ordinarie BVC-besök)		
Är något av barnen adopterat och har vistats kortare tid än sex månader i Sverige?		

Underskrift - jag intygar att alla uppgifter i denna ansökan är sanningsenliga.	
Namnteckning	Datum
Namnförtydligande	Ort