

Ombud nr och namn /mäklares namn och adress (kopia på mäklarfullmakt ska bifogas) **FIRST Insurance**

<b>Försäkrings- tagare</b>	Förening	Kontaktman och telefonnr, även riktnr
	Utdelningsadress	Postnr och ortnamn
	E-postadress	
<b>Premie- betalare</b> (om annan än försäkringstagaren)	Förening	Kontaktman och telefonnr, även riktnr
	Utdelningsadress	Postnr och ortnamn
<b>Idrott</b>	Idrottsgren	Förening
<b>Giltighetstid</b>	Försäkringen ska gälla (fr o m – t o m), datum	

### Försäkrade

Personnummer	Bestående avbrottsersättning försäkringsbelopp, kr	Tillfällig avbrottsersättning månadsbelopp	Invaliditetsersättning försäkringsbelopp, kr	Dödsfallersättning försäkringsbelopp, kr	Vårdkostnader
Namn		Kr			<input type="checkbox"/> BAS
Personnummer		Karens			<input checked="" type="checkbox"/> BAS+Extra
Namn		Kr			<input type="checkbox"/> BAS
Personnummer		Karens			<input checked="" type="checkbox"/> BAS+Extra
Namn		Kr			<input type="checkbox"/> BAS
Personnummer		Karens			<input checked="" type="checkbox"/> BAS+Extra
Namn		Kr			<input type="checkbox"/> BAS
Personnummer		Karens			<input checked="" type="checkbox"/> BAS+Extra
Namn		Kr			<input type="checkbox"/> BAS
Personnummer		Karens			<input checked="" type="checkbox"/> BAS+Extra
Namn		Kr			<input type="checkbox"/> BAS
Personnummer		Karens			<input checked="" type="checkbox"/> BAS+Extra
Namn		Kr			<input type="checkbox"/> BAS
Personnummer		Karens			<input checked="" type="checkbox"/> BAS+Extra
Namn		Kr			<input type="checkbox"/> BAS
Personnummer		Karens			<input checked="" type="checkbox"/> BAS+Extra

Vid årsförsäkring gäller försäkringen tidigast från betalningsdagen och ett år framåt. Vid korttidsförsäkring gäller försäkringen tidigast från betalningsdagen och till försäkringsperiodens slut.

### Hälsodeklaration

Jag intygar att de som söker denna försäkring, vid datumet nedan, är fullt arbetsföra (idrott) och inte har varit arbetsoförmögna (idrott) under mer än 14 kalenderdagar i en följd under de senaste 120 kalenderdagarna.

Jag har läst och förstått försäkringsvillkoren. Jag är medveten om att försäkringen inte gäller för sjukdom eller olycksfall som inträffat före det att försäkringen träder ikraft.

Inte heller för följder av sjukdom eller olycksfall som visar sig först efter att försäkringen har trätt ikraft.

Ort och datum

Namnsteckning

De uppgifter som du lämnat ligger till grund för avtalet och kommer att registreras hos Folksam.