

Bestillingskjema

Norge
Stenersgata 2, 0184 OSLO
Tlf: 23 08 06 40

Søknad om Behandlingsforsikring : (kryss av)

<input type="checkbox"/>	Behandlingsforsikring Operasjon
<input type="checkbox"/>	Behandlingsforsikring Bonus
<input type="checkbox"/>	Behandlingsforsikring Pluss
<input type="checkbox"/>	Behandlingsforsikring Ekstra
<input type="checkbox"/>	Behandlingsforsikring Excellent

A. Forsikringsavtalen *Vennligst fyll ut*

1. Forsikringstaker/premiebetaler

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer/-sted:	
Telefonnr.:	Epostadresse:	

2. Den som skal forsikres - *Helseerklæring må fylles ut for hver enkelt forsikret og legges ved søknaden*

Forsikret

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer/-sted:	
Telefonnr.:	Epostadresse:	

Forsikret

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer/-sted:	
Telefonnr.:	Epostadresse:	

Forsikret

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer/-sted:	
Telefonnr.:	Epostadresse:	

Forsikret

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer/-sted:	
Telefonnr.:	Epostadresse:	

Forsikret

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer/-sted:	
Telefonnr.:	Epostadresse:	

3. Samtykke/fullmakt

Jeg erkjenner at opplysningene som er gitt danner grunnlag for forsikringsavtalen med Skandia.

Jeg er kjent med at:

- norsk rett gjelder for avtalen
- forsikringen ikke trer i kraft før første innbetaling er foretatt og søknaden er akseptert
- jeg har rett til å kreve nemdbehandling ved eventuelle tvister, jfr. forsikringsavtalelovens § 20-1
- fullstendige regler for forsikringen er beskrevet i forsikringsvilkårene og forsikringsbeviset, som blir tilsendt så snart bestillingsskjema er mottatt og forsikringen trer i kraft.

Sted/dato:	Underskrift av forsikringstaker:
------------	----------------------------------