

Skicka anmälan i ofrankerat kuvert till:
Frisvar Folksam
20271481
Box 24
872 20 Kramfors

Förbund/ Grupp	Tillhör förbund/grupp	Gruppvavtalsnummer
Medlem	Namn	Personnummer (år, månad, dag, nr)
	Utdelningsadress	
	Postnummer och ortnamn	
	Telefon, även riktnummer	
Anmälan till medlemsbarn Sjuk- och olycksfalls- försäkring för barn och ungdomar	Barnens tilltalsnamn	Barnens personnummer (år, månad, dag, nr)
Försäkrings- belopp	Jag önskar ansluta mitt/mina barn till följande försäkringsbelopp (Prisbasbeloppet för år 2024 är 57 300 kronor.)	
<input type="checkbox"/> 12,5 pbb	0-7 år, 119 kr/mån 8-17 år, 134 kr/mån	Försäkring kan tecknas innan barnet har fyllt 18 år. Försäkringen gäller till och med det avtalsår som barnet fyller 25 år.
<input type="checkbox"/> 25 pbb	0-7 år, 184 kr/mån 8-17 år, 208 kr/mån	
<input type="checkbox"/> 50 pbb	0-7 år, 288 kr/mån 8-17 år, 323 kr/mån	
Autogiro	<input type="checkbox"/> Jag vill ha information om autogiro	
Underskrift Ort och datum	
 Namnteckning	