

**BEGÆRING 2008
SUNDHEDSFORSIKRING
Flyvevåbenets Konstabel og Korporalforening**



| | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Forsikringstager | | | |
| Fulde navn | | | |
| CPR-nummer | | | |
| Adresse | | | |
| Postnr. | By | | |
| Telefon/Mobil | Email | Ma-NR | |
| <input type="checkbox"/> | Sundhedsforsikring Norden | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Forsikringsbetingelser 05N2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| For forsikringen gælder, at den årlige forsikringssum udbetales maks. 2 gange i hele forsikringsperioden. | | | |
| Hvis ægtefælle/samlever/børn under 21 år ønskes medforsikret, skal særskilt begæring udfyldes. Særskilt begæring vedlægges automatisk i fremsendelsesmaterialet til medlemmet og betales via privatadressen. | | | |
| Betaling | | | |
| Jeg er indforstået med at betaling for sundhedsforsikringen opkræves sammen med kontingent til FKKF. Ved kontigentrestancer bortfalder forsikringen umiddelbart. | | | |
| Forsikringen er tegnet uden helbredsoplysninger. | | | |
| Dato | Medlemmets underskrift | | |

**Skemaet fremsendes til:
Flyvevåbenets Konstabel og Korporalforening
Olufsvej 46
2100 København Ø**

Udfyldes af FKKF

| | | |
|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| Medlem af FKKF | Ja (sæt kryds) | Nej (sæt kryds) |
| Registreret, dato | | |
| Evt. bemærkninger | | |