

Tilmelding - Privat behandlingsforsikring

Jeg ønsker hermed at tegne en Privat behandlingsforsikring. Forsikringen tegnes på de betingelser, som er fastsat i Mølholm Forsikrings forsikringsbetingelser, og kan opsiges skriftligt med 3 måneders varsel til hovedforfald.

Tilmelding af ægtefælle/samlever

Fornavn og efternavn	
Cpr.nr.	Tlf. nr.
Gade/vej	
Postnr.	By

Tilmelding af børn under 21 år (udfyldes ikke, hvis ægtefælle/samlever tilmeldes)

Fornavn og efternavn	Fornavn og efternavn
Cpr.nr.	Cpr.nr.
Fornavn og efternavn	Fornavn og efternavn
Cpr.nr.	Cpr.nr.

Oplysninger om den ansatte

Fornavn og efternavn	
Cpr.nr.	Ansæt hos

Underskrift

Dato	Ansatte
Dato	Ægtefælle/samlever (hvis han/hun tilmeldes)

Udfyld og indsend tilmeldingsblanketten til Mølholm Forsikring i vedlagte svarkuvert. Tilmelding sker pr. førstkomende 1. i måneden efter Mølholm Forsikring har modtaget din blanket.