

Begæring om Dykker – og Familieforsikring

first.

Nytorv 3, 1450 København K
Tlf.: +45 7070 2470
www.first.dk dyk@first.dk

Forsikringstager

Fornavn	Efternavn	Cpr.nr.:
Adresse	Postnr.	By
E-mail	Telefonnr.	DSF nr.
Dykker <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/>		
Grunddækning <input type="checkbox"/>	Udvidet dækning <input type="checkbox"/>	Max dækning <input type="checkbox"/>

Tilvalgsdækninger

Tandskade <input type="checkbox"/>	Svie og smerte <input type="checkbox"/>	Sygdomsinvaliditet <input type="checkbox"/>	Krisehjælp <input type="checkbox"/>	Behandlingsudgifter <input type="checkbox"/>
Helbredsoplysninger		Jeg er sund og rask og i besiddelse af normal førlighed, syn og hørelse	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
		Jeg lider eller har lidt, været undersøgt eller behandlet for sygdom eller andre lidelser	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
		Hvis ja, hvilken?		

Medforsikret

Fornavn	Efternavn	Cpr.nr.:
Dykker <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/>		
Grunddækning <input type="checkbox"/>	Udvidet dækning <input type="checkbox"/>	Max dækning <input type="checkbox"/>

Tilvalgsdækninger

Tandskade <input type="checkbox"/>	Svie og smerte <input type="checkbox"/>	Sygdomsinvaliditet <input type="checkbox"/>	Krisehjælp <input type="checkbox"/>	Behandlingsudgifter <input type="checkbox"/>
Helbredsoplysninger		Jeg er sund og rask og i besiddelse af normal førlighed, syn og hørelse	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
		Jeg lider eller har lidt, været undersøgt eller behandlet for sygdom eller andre lidelser	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
		Hvis ja, hvilken?		

Medforsikret

Fornavn	Efternavn	Cpr.nr.:
Dykker <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/>		
Grunddækning <input type="checkbox"/>	Udvidet dækning <input type="checkbox"/>	Max dækning <input type="checkbox"/>

Tilvalgsdækninger :

Tandskade <input type="checkbox"/>	Svie og smerte <input type="checkbox"/>	Sygdomsinvaliditet <input type="checkbox"/>	Krisehjælp <input type="checkbox"/>	Behandlingsudgifter <input type="checkbox"/>
Helbredsoplysninger		Jeg er sund og rask og i besiddelse af normal førlighed, syn og hørelse	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Begæring om Dykker – og Familieforsikring

first.

Nytorv 3, 1450 København K
Tlf.: +45 7070 2470
www.first.dk dyk@first.dk

	Jeg lider eller har lidt, været undersøgt eller behandlet for sygdom eller andre lidelser	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Hvis ja, hvilken?		

Medforsikret

Fornavn	Efternavn	Cpr.nr.:
Dykker <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/>		
Grunddækning <input type="checkbox"/>	Udvidet dækning <input type="checkbox"/>	Max dækning <input type="checkbox"/>

Tilvalgsdækninger

Tandskade <input type="checkbox"/>	Svie og smerte <input type="checkbox"/>	Sygdomsinvaliditet <input type="checkbox"/>	Krisehjælp <input type="checkbox"/>	Behandlingsudgifter <input type="checkbox"/>
Helbredsoplysninger		Jeg er sund og rask og i besiddelse af normal førlighed, syn og hørelse	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
		Jeg lider eller har lidt, været undersøgt eller behandlet for sygdom eller andre lidelser	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
		Hvis ja, hvilken?		

Medforsikret

Fornavn	Efternavn	Cpr.nr.:
Dykker <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/>		
Grunddækning <input type="checkbox"/>	Udvidet dækning <input type="checkbox"/>	Max dækning <input type="checkbox"/>

Tilvalgsdækninger

Tandskade <input type="checkbox"/>	Svie og smerte <input type="checkbox"/>	Sygdomsinvaliditet <input type="checkbox"/>	Krisehjælp <input type="checkbox"/>	Behandlingsudgifter <input type="checkbox"/>
Helbredsoplysninger		Jeg er sund og rask og i besiddelse af normal førlighed, syn og hørelse	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
		Jeg lider eller har lidt, været undersøgt eller behandlet for sygdom eller andre lidelser	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
		Hvis ja, hvilken?		

Ikrafttrædelse: den / 20

Underskrift

Dato

Med ovenstående underskrift giver jeg hermed samtykke til at First. må indhente oplysninger om mit helbred hos læger og lægelige institutioner. Helbredsoplysninger vil kunne bruges som vurdering under hvilke forudsætninger forsikringen kan indtegnes.