

Tilmelding af medforsikrede AP Sundhedsforsikring Privat

Når du er omfattet af en sundhedsforsikring via din arbejdsgiver, kan din samlever/ægtefælle og dine børn også blive det.

Efter du har udfyldt denne blanket, skal du sende den via appension.dk/kontakt eller til AP Pension, Østbanegade 135, 2100 København Ø.

Oplysninger om medarbejder

Navn	<input type="text"/>	CPR-nummer	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Arbejdsgiver	<input type="text"/>				

Oplysninger om ægtefælle/samlever

(Kræver ægtefælles/samlevers*) underskrift på side 3, se regler om karens under *Ikrafttrædelse*)

Navn	<input type="text"/>	CPR-nummer	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>				
Postnummer	<input type="text"/>	By	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>		

*) Din samlever kan forsikres, så længe du bor sammen med din samlever i et ægteskabslignende forhold. Flytter du og din samlever fra hinanden, ophører dækningen ved næste hovedforfald.

Oplysninger om børn

Du skal være opmærksom på, at dine børn allerede er dækket, hvis din arbejdsgiver har valgt kollektiv børnedækning.

(Børn kan forsikres, indtil de fylder 24 år, og hvis de er dine biologiske børn, adoptivbørn, plejebørn, stedbørn eller din samlevers børn*). Se regler om karens under *Ikrafttrædelse*. Hvis barnet er fyldt 18 år, skal han eller hun skrive under på side 3)

Navn	<input type="text"/>	CPR-nummer	<input type="text"/>
Navn	<input type="text"/>	CPR-nummer	<input type="text"/>
Navn	<input type="text"/>	CPR-nummer	<input type="text"/>

*) Din samlevers børn kan forsikres, så længe du bor sammen med din samlever i et ægteskabslignende forhold. Flytter du og din samlever fra hinanden, ophører dækningen ved næste hovedforfald.

Oplysninger om rådgiver

Navn	<input type="text"/>	Agentur nummer	<input type="text"/>
------	----------------------	----------------	----------------------

Fakturering

Du skal betale for AP Sundhedsforsikring Privat en gang om året via girokort, som du modtager med posten eller via Betalingservice.

Startdato den: _____ (hvis forskellig fra 1. januar, faktureres du forholdsmæssigt).

Ikrafttrædelse, AP Sundhedsforsikring Privat

- Ægtefælle/samlever
 Barn

Sundhedsforsikringen oprettes i AP Pension livsforsikringsaktieselskab og dækker i det omfang, der er beskrevet i forsikringsbetingelserne for AP Sundhedsforsikring Privat, som du finder på appension.dk/betingelser

Sundhedsforsikringen træder i kraft den:
 (Udfyld dato, hvis medforsikrede skal omfattes af sundhedsforsikringen)

Dato

Medforsikrede omfattes af seks måneders karens fra ikrafttrædelsesdatoen. Denne karens kan helt eller delvis undgås:

- hvis din ægtefælle/samlever/børn har en anden sundhedsforsikring og
- hvis du tilmelder dem, inden for tre måneder efter deres tidligere sundhedsforsikring er ophørt, og
- forsikringens ikrafttrædelsesdag ligger i forlængelse af ophørsdatoen på den tidligere sundhedsforsikring.

Tilmeldingen af de medforsikrede træder i kraft pr. den dato, I udfylder ovenfor. Det kan være:

- en valgfri dato (dog tidligst, når vi modtager tilmeldingen) eller
- samme dato som medforsikredes tidligere sundhedsforsikring ophører, hvis kravene ovenfor er opfyldt

Tilmeldingen kan dog først træde i kraft, efter den dato du selv er omfattet af sundhedsforsikringen.

Udfyld her, hvis din ægtefælle/samlever/børn har en anden sundhedsforsikring:

Startdato

Selskab

Ophørsdato

Udfyld her, hvis dit barn har en anden sundhedsforsikring:

Startdato

Selskab

Ophørsdato

Sådan behandler vi personoplysninger

AP Pension behandler personoplysninger i overensstemmelse med blandt andet persondatalovgivningen. Det kan du læse mere om i vores persondatapolitik, som du finder på appension.dk/persondatapolitik. Du kan også få sendt persondatapolitikken med post ved at kontakte os på 3916 5000.

Underskrifter

Dato: _____

Underskrift: _____

Ægtefælle/samlevers underskrift

Dato: _____

Underskrift: _____

Barn over 18 år

Dato: _____

Underskrift: _____

Barn over 18 år

Dato: _____

Underskrift: _____

Din underskrift