

## Övergång från barnförsäkring till vuxenförsäkring

### Grunduppgifter

Premiebetalare: Företag / Namn	Org.nr / Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)
Förälder (försäkrad enligt försäkringsbesked)	Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)
Övergången gäller <input type="checkbox"/> Från Vårdförsäkring Barn till Vårdförsäkring Vuxen <input type="checkbox"/> Från Barn- & Gravidförsäkring till Sjuk- och Olycksfallsförsäkring för vuxen	Från och med datum <sup>1</sup>
Försäkrad som ärendet gäller	Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)

<sup>1</sup>Vänligen notera att en försäkring inte kan avslutas retroaktivt utan tidigast den dag Säkra AB mottagit anmälan.

### Ny premiebetalare

Företag / Namn	Org.nr / Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)
Adress	
Telefonnummer	E-post

### Hantering av den tidigare försäkringen

Tidigare försäkring ska finnas kvar eftersom föräldern har andra barn under 25 år som även i fortsättningen ska vara försäkrade. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Uppgifter om kvarvarande barn i försäkringen	
Namn	Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)
Namn	Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)
Namn	Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)
Namn	Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)
Namn	Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)

### Intygande

De uppgifter jag lämnat i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att uppgifterna i denna ansökan som Säkra AB erhåller samt eventuellt riskbedömningsresultat får delges bolagets anlitade återförsäkringsbolag.		
Underskrift av den försäkrade som övergången gäller		
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Underskrift	Namnförtydligande
Underskrift av premiebetalare (om annan är försäkrad)		
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Underskrift	Namnförtydligande
Underskrift av förälder (om tidigare försäkring ska finnas kvar)		
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Underskrift	Namnförtydligande

Ifylld och underskriven blankett ska vara Säkra AB tillhanda senast 30 dagar efter underskrift.  
 Säkra AB, Box 3098, 550 03 Jönköping