

Tilmeldingsblanket Sundhedsforsikring

Forsikringstager

Ja tak! Jeg er aktiv medlem og ønsker at tilmelde mig sundhedsforsikringen pr. _____ / _____ (må ikke være før dags dato)

Navn		CPR-nr.
Firmanavn		CVR-nr.
Adresse	Postnr.	By
6 cifret kode (koden står over dit navn bagerst på LandbrugsAvisen)		Telefonnr.
E-mail		Navn på lokal/regional forening
Dato	Underskrift	

Ægtefælle/samlever

Forsikringen skal også omfatte min ægtefælle/samlever

Navn	CPR-nr.
------	---------

Min ægtefælle er "medarbejdende ægtefælle" jfr. kildeskattelovens § 25A? Ja Nej

Børn

Forsikringen skal også omfatte børn op til 21 år

Navn	CPR-nr.
Navn	CPR-nr.
Navn	CPR-nr.
Navn	CPR-nr.

Medarbejder

Har du ansatte, der arbejder mere end 8 timer ugentligt? Ja Nej
Følgende medarbejder tilmeldes sundhedsforsikring:

Navn	CPR-nr.	
Adresse	Postnr.	By
Navn	CPR-nr.	
Adresse	Postnr.	By
Navn	CPR-nr.	
Adresse	Postnr.	By

Tilmelding til Betalingsservice

Reg.nr.	Kontonr.	Kontohavers CPR-nr.
---------	----------	---------------------

Sendes til:

Landbrug & Fødevarer, Axelborg, Axeltorv 3, 1609 København V, mrk. *Sundhedsforsikring*.

Alternativt kan blanketten scannes og sendes til info@lf.dk - skriv *Sundhedsforsikring* i emnefeltet.

Du kan også skrive direkte i formularen og sende via e-mail til info@lf.dk - skriv *Sundhedsforsikring* i emnefeltet.

Landbrug & Fødevarer tjekker dit medlemskab og videresender herefter oplysningerne på blanketten til Tryg."