

Tilmelding Sundhedsforsikring



Ja tak! Jeg er **aktiv medlem** og ønsker at tilmelde mig, sundhedsforsikringen pr. / - 200...

(må ikke være før dags dato)

Navn Cpr.nr.-

Firmanavn CVR.nr.

Adresse Postnr. og By

6 cifret kode Telefonnr.....
(over dit navn bagerst på LandbrugsAvisen)

Navn på lokal/regional forening.....

_____ Dato

_____ underskrift



Forsikringen skal også omfatte min **ægtefælle/samlever**

Navn Cpr.nr.....-



Forsikringen skal også omfatte **børn** op til 21 år

Navn Cpr.nr.....-

Navn Cpr.nr.....-

Navn Cpr.nr.....-



Ja tak! Jeg ønsker at tilslutte mine **medarbejdere** til sundhedsforsikringen pr. / - 200...

(må ikke være før dags dato)

1. Navn Cpr.nr.....-

Adresse Postnr. og By

2. Navn Cpr.nr.....-

Adresse Postnr. og By

3. Navn Cpr.nr.....-

Adresse Postnr. og By

4. Navn Cpr.nr.....-

Adresse Postnr. og By

5. Navn Cpr.nr.....-

Adresse Postnr. og By

(Ved flere end 5 ansatte brug flere tilmeldingsskemaer)

Agt.nr.

Send skemaet til:

Dansk Landbrug, Axelborg, Vesterbrogade 4 A, 4. sal, 1620 København V, mrk. "Sundhedsforsikring"

Dansk Landbrug tjekker dit medlemskab og videresender herefter oplysningerne på blanketten til Tryg