

# 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.

### Kontaktperson

Har du ansatte, der arbejder mere end 8 timer ugentligt?  Ja  Nej  
Hvis "ja" bedes navne m.m. anføres herunder:

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."