Aftale om frivillig PFA Helbredssikring - FH

Udfyldes af kunden

Navn:

CPR-nummer:

Adresse:

Postnr/By:

Jeg ønsker, at denne aftale træder i kraft d.

(Vi gør opmærksom på, at aftalen tidligst kan træde i kraft den 1. i måneden efter, at vi har modtaget aftalen.)

Jeg ønsker at oprette PFA Helbredssikring via min faglige organisation, der har indgået aftale med PFA Pension om frivillig PFA Helbredssikring, gruppeforsikring.

Jeg er medlem af _____

PFA opretter forsikringen, uden at jeg behøver at give helbredsoplysninger, og forsikringen dækker i de første 6 måneder ikke sygdom, der har direkte eller indirekte sammenhæng med evt. sygdom, som jeg har haft tidligere. Kroniske lidelser er ikke dækket.

Underskrift

Dato _____ _____

Kundens underskrift

Udfyldes af PFA Pension

Delaftale: Police:

PFA Pension forsikringsaktieselskab
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø
Telefon: 39 17 50 00
pfa.dk
CVR: 13 59 43 76

PFA Mere til dig