

Begæring om Familieforsikring / Pensionistforsikring

Forsikringstager	Fornavn _____ Efternavn _____	CPR.nr _____
Ægtefælle/ samlever	Fornavn _____ Efternavn _____	CPR.nr _____
	Adresse _____ Postnr. _____	By _____
Selvrisiko	Med generel selvrisiko <input type="checkbox"/> Uden selvrisiko <input type="checkbox"/> Pensionistforsikring <input type="checkbox"/> Se prisliste (59 år)	
Ikrafttrædelse, terminer m.v.	Forsikringen skal gælde fra den ____ / ____ 20____	Præmien betales 1/1 årlig <input type="checkbox"/> 1/2 årlig (+3%) <input type="checkbox"/>
		Ønsker at betale via PBS. Anfør: Reg. nr.: _____ Kontonr.: _____
Forsikringsomfang	Grunddækning Sum kr. _____ Priser og summer fremgår af prisliste. Tilvalgsdækning: <input type="checkbox"/> Glasforsikring <input type="checkbox"/> Udvidet dækning for guld, sølv m.m. med: <input type="checkbox"/> Sanitetsforsikring <input type="checkbox"/> 20 % af forsikringssummen <input type="checkbox"/> Udvidet cykeldækning <input type="checkbox"/> 30 % af forsikringssummen <input type="checkbox"/> Fejlforsikring <input type="checkbox"/> 40 % af forsikringssummen <input type="checkbox"/> Uheldsforsikring <input type="checkbox"/> 50 % af forsikringssummen	
Skader inden for de seneste 2 år	Har du eller andre i husstanden anmeldt skader på en familieforsikring inden for de seneste 2 år? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, angiv antal ____ Hvis der er anmeldt mere end 2 skader angives skaderne nedenfor.	
	Dato _____	Skadeart _____ Erstatningsbeløb _____ Selskab _____
	Dato _____	Skadeart _____ Erstatningsbeløb _____ Selskab _____
	Dato _____	Skadeart _____ Erstatningsbeløb _____ Selskab _____
Risikooplysninger Tidligere forsikring	Har forsikringsstedet stråtag? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Har noget forsikrings-selskab tidl. opsagt din familieforsikring p.g.a. skadesforløbet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja – oplys da selskab og policenummer. Selskab: _____ Policenummer: _____ Tyverialarm: <input type="checkbox"/> Lokalalarm <input type="checkbox"/> Alarm med overførsel til vagtselskab	
Opsigelse	FOMO / Tryg bemyndiges hermed til at opsigre min familieforsikring i: Selskab: _____ Policenr.: _____ Udløbsdato: ____ / ____ 20____, eller snarest muligt f. eks. p.g.a. præmiestigninger eller nye betingelser. Jeg ønsker at gøre brug af kort opsigelse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Forsikrings-selskab. Samtykke/ Fuldmagt og ikrafttrædelse	Forsikringen ønskes tegnet på Tryg's betingelser for FOMO kunder og træder i kraft, når den er antaget af FOMO/Tryg. Undertegnede erklærer, at jeg ikke har kendskab til skader eller tvister, der kan medføre krav mod denne forsikring, samt at alle spørgsmål er besvaret i overensstemmelse med sandheden. Jeg giver samtykke til, at FOMO/Tryg må indhente oplysninger om skadeforløb og eventuel opsigelsesårsag for mine nuværende eller tidligere forsikringer i andre forsikrings-selskaber. FOMO/Tryg kan bruge oplysningerne til vurdering af, om, og i givet fald på hvilke vilkår, FOMO/Tryg vil overtage/tegne forsikringen. Forsikringen starter på det aftalte tidspunkt, dog tidligst datoen for selskabets modtagelse af begæringen. Husk at udfylde bagsiden! _____ den _____ _____ (Forsikringstagerens underskrift) (Tlf. nr.) Privat Mobil	

SAMTYKKEERKLÆRING

Formål:

For at FOMO kan betjene dig bedst muligt, er det nødvendigt, at FOMO har adgang til oplysninger om dine forsikringer tegnet i Tryg Forsikring A/S gennem FOMO.

Samtykke:

Jeg giver samtykke til, at følgende typer af oplysninger, som er angivet nedenfor, om mine og min husstands forsikringsforhold, registreres i Tryg Forsikring A/S (herefter Tryg) og videregives mellem FOMO og Tryg:

Kundeoplysninger: Fx navn, adresse, telefonnummer, cpr-nummer og beskæftigelse

Forsikringsoplysninger: Fx oprettelsestidspunkt, dækninger, dækningsbeløb, dækningsbetingelser, forsikringspræmie, pant og selvrisko

Betalingsoplysninger: Fx betalingsform, rabatter, betalingstermin, forfaldstidspunkt og restancer

Skadeoplysninger: Fx antal skader, skadetyper, skadeudbetalinger og sagsforløbet

Oplysningerne kan bruges af FOMO og Tryg til kundeadministration, rådgivning og markedsføring over for mig.

Jeg kan til enhver tid indhente nærmere information om den aktuelle registrering og få rettet eventuelle fejlregistreringer.

Jeg kan altid tilbagekalde samtykket eller frabede mig yderligere markedsføring. * Jeg er indforstået med, at tilbagekaldelse af samtykket medfører, at jeg ikke kan være forsikret gennem FOMO.

Jeg er indforstået med, at samtykket alene bliver registreret elektronisk i Tryg.

(Alle personer over 18 år i husstanden skal give samtykke)

Forsikringstager

Navn: _____

Cpr-nr.: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Ægtefælle/samlever

Navn: _____

Cpr-nr.: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Hjemmeboende barn over 18 år

Navn: _____

Cpr-nr.: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Hjemmeboende barn over 18 år

Navn: _____

Cpr-nr.: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

*Al markedsføring finder sted på foranledning af FOMO. Personlige oplysninger videregives ikke til tredjemand, ligesom Tryg ikke vil foretage selvstændig markedsføring. Markedsføring omfatter i denne forbindelse både tilbud og information om forsikringer.