

# ANSÖKAN

## Frivillig grupp försäkring 2023

- Ny ansökan
- Komplettering
- Ändring av nivå

### Försäkrad (medlem i Polisförbundet)

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Medlem i Polisförbundet sedan (år-månad)

Adress

Telefonnummer

Postnummer

Ort

E-post

### Medförsäkrad (make/maka, reg. partner, sambo)

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Telefonnummer

E-post

### Betalning

Betalning sker som standard genom kvartalsvis faktura.

- Autogirobetalning önskas. Autogiroansökan finns längst bak i denna ansökan.

### Försäkringsgivare

Euro Accident Livförsäkring AB

### Mer information

För- och efterköpsinformation, villkor samt allmän information om de olika försäkringsprodukterna finner du på [polisforbundet.se/forsakringar](https://polisforbundet.se/forsakringar)

### Personuppgifter

Din personliga integritet är viktig för oss och våra samarbetspartners. För att du ska vara trygg med att vi värnar din integritet har vi sammanställt information om hur vi och försäkringsbolagen behandlar dina personuppgifter. Läs mer på våra hemsidor: [soderbergpartners.se/personuppgifter/](https://soderbergpartners.se/personuppgifter/) och [euroaccident.se/Om-oss/GDPR](https://euroaccident.se/Om-oss/GDPR)

### Sänd ansökan i retur till

Polisförbundet Försäkring, c/o Söderberg & Partners, Box 31, 851 02 Sundsvall

Har du  
några frågor,  
kontakta oss gärna!

[forsakringar@polisforbundet.se](mailto:forsakringar@polisforbundet.se)  
08-676 97 00 (tonval 2)

Hälsningar  
Polisförbundet  
Försäkring

# Försäkringsmoment & belopp

- Premien är månadsbaserad
- Prisbasbeloppet för 2023 är 52 500 kr
- För att medförsäkrad och barn ska kunna teckna försäkring krävs att försäkrad har gällande försäkring.

Som ny medlem i Polisförbundet får du automatiskt och kostnadsfritt ett försäkringsskydd i tre månader från den dag du blir medlem. Omfattningen är markerad nedan med gult. Försäkringsskyddet gäller under förutsättning att du är fullt arbetsför. Efter dessa tre månader kommer du att debiteras enligt betalningsuppgifterna på sidan 1.

Fullständig Hälsodeklaration behöver fyllas i om:

- Ny medlem inom 3 månader söker högre nivå på Livförsäkring, Sjukinvaliditetsförsäkring eller Sjukförsäkring än gulmarkerat
- Livförsäkring, Sjukinvaliditetsförsäkring eller Sjukförsäkring söks när du varit medlem längre tid än tre månader
- Medförsäkrad söker Livförsäkring, Sjukinvaliditetsförsäkring och eller Sjukförsäkring

## Livförsäkring med barnskydd

Pengar som faller ut till efterlevande om du skulle avlida.

Barnskyddet uppgår till 2 pbb. Livförsäkringsbeloppet avtrappas från 60 år, se villkor.

Omfattning		16-39 år	40-54 år	55-67 år	Medlem	Medförsäkrad
8 pbb	420 000 kr	26 kr	38 kr	63 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 pbb	682 500 kr	43 kr	62 kr	103 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 pbb	945 000 kr	60 kr	85 kr	142 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 pbb	1 207 500 kr	77 kr	109 kr	181 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 pbb	1 470 000 kr	94 kr	133 kr	221 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 pbb	1 732 500 kr	110 kr	156 kr	260 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 pbb	2 100 000 kr	134 kr	189 kr	316 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 pbb	2 625 000 kr	168 kr	237 kr	395 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Olycksfallsförsäkring Invaliditetstilägg (medlem)

Kompletterar din obligatoriska olycksfallsförsäkring med ytterligare ersättning vid bestående men.

Omfattning		16-67 år	
22 pbb	1 155 000 kr	42 kr	<input type="checkbox"/>

## Olycksfallsförsäkring (medförsäkrad)

Täcker kostnader i samband med olycksfall, och ger dig ersättning för bestående men.

Omfattning		16-67 år	
22 pbb	1 155 000 kr	42 kr	<input type="checkbox"/>
44 pbb	2 310 000 kr	78 kr	<input type="checkbox"/>

## Sjukinvaliditetsförsäkring

Ger dig ersättning för bestående men p.g.a. sjukdom. Observera att du kan teckna högst den nivå som motsvarar den invaliditetsnivå du har i ditt olycksfallsskydd genom polisförbundet.

Omfattning		16-39 år	40-54 år	55-67 år		
22 pbb	1 155 000 kr	28 kr	66 kr	99 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 pbb	2 310 000 kr	56 kr	132 kr	198 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sjukförsäkring (36 månader inklusive diagnoskapital)

Ger dig en skattefri månadsersättning om du blir sjukskriven längre tid än 3 månader.

Maximal utbetalningstid 36 månader, diagnoskapital 1 pbb utbetalas vid vissa diagnoser enligt villkor.

Månadslön	Ersättning	16-39 år	40-54 år	55-67 år		
15 000 kr - 24 999 kr	1 500 kr	36 kr	45 kr	57 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 000 kr - 29 999 kr	2 500 kr	60 kr	75 kr	95 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 000 kr - 34 999 kr	3 500 kr	84 kr	106 kr	133 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 000 kr - 39 999 kr	4 500 kr	108 kr	135 kr	170 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 000 kr -	5 500 kr	132 kr	166 kr	207 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sjukvårdsförsäkring

Ger dig snabb tillgång till vård.

Medlem

Medförsäkrad

PrivatAccess Silver	16-31 år	32-39 år	40-54 år	55-67 år
Självrisk 500 kr	299 kr	340 kr	582 kr	686 kr
Självrisk 1 500 kr	236 kr	264 kr	410 kr	510 kr

## Försäkringar för barn (Tecknas innan 20 år och gäller till 25 år)

### Barn- och ungdomsförsäkring (sjukdom och olycksfall)

Vår Barn- & Ungdomsförsäkring kan inte förhindra att skador och sjukdomar inträffar, men kan lindra det ekonomiska lidandet.

Omfattning		Ett barn	Flera barn
22 pbb	1 155 000 kr	123 kr	190 kr
33 pbb	1 732 500 kr	184 kr	284 kr
44 pbb	2 310 000 kr	245 kr	379 kr

### Sjukvårdsförsäkring

Ger ditt barn snabb tillgång till vård.

PrivatAccess Silver	0-19 år	20-25 år
Självrisk 500 kr - premie per barn	150 kr	269 kr
Självrisk 1 500 kr - premie per barn	125 kr	222 kr

## Namn och personnummer på barn som ska försäkras

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Försäkrad/Gruppmedlem  Medförsäkrad

» Personuppgifter

Namn	Personnummer
Telefon	E-post

» Hälsfrågor för gruppmedlem och medförsäkrad

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Nedan följer 23 frågor som du ska besvara om ej annat anges vid respektive fråga. Om du inte är fullt arbetsför kan du ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför.

» Du behöver bara svara på fråga 1 – Är du fullt arbetsför, samt skriva under hälsodeklarationen, om:

- du som medlem söker de kostnadsfria försäkringarna inom 3 månader från det du blivit medlem i Polisförbundet.
- du som medlem enbart söker olycksfallsförsäkring – invaliditetstillägg, barnförsäkring eller sjukvårdsförsäkring, oavsett när du blev medlem i Polisförbundet.
- du som medförsäkrad enbart söker olycksfallsförsäkring eller sjukvårdsförsäkring.

» Fullt arbetsför

1. Är du fullt arbetsför?  Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivranta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. Med försäkringskassa och ersättningar avses även dess motsvarighet i de nordiska länderna.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Har du varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Allmänt

3. Längd och vikt?	cm kg
4. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada senaste tre åren

Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller i övrigt anlitat läkare, eller annan vårdgivare, t ex sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast och naprapat med anledning av sjukdom, symptom eller skada som rör någon av nedanstående sjukdomar/symptom/besvär? Om du svarar Ja på någon av frågorna 5–22, ber vi dig fylla i kompletterande uppgifter till hälsodeklarationen.

5. Allergi, astma och/eller annan lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Hudbesvär/hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Sköldkörtelbesvär/struma och/eller annan ämnesomsättningsrubbnig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Ögonsjukdom, synnedsättning, öronsjukdom och/eller tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Besvär/sjukdom <b>Om Ja, markera nedan</b> <input type="checkbox"/> rygg <input type="checkbox"/> nacke <input type="checkbox"/> axlar <input type="checkbox"/> skuldror <input type="checkbox"/> armar <input type="checkbox"/> höfter <input type="checkbox"/> ben <input type="checkbox"/> knän <input type="checkbox"/> fötter <input type="checkbox"/> händer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. Besvär/sjukdom i muskler och/eller leder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Nervösa besvär, sömnlöshet, stress, utbrändhet, krisreaktion och/eller psykisk sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel och/eller lever?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Besvär/sjukdom i urinvägar, njurar, underlivsorgan och/eller prostata?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. Kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. Förhöjt blodtryck och/eller förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. Besvär/sjukdom i hjärta, kranskärl eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

17. Propp/blödning i hjärnan och/eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18. Epilepsi, demens, huvudvärk eller andra neurologiska symptom och/ellersjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. Tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20. Andra besvär, symptom, sjukdom, skada eller handikapp än i frågorna 5–19?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21. Använder du något läkemedel (receptbelagt eller icke receptbelagt)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22. Har du varit sjukskriven helt eller delvis mer än 14 dagar i följd under de senaste tre åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### » Sjukdom, symptom eller skada utöver ovanstående

<p>23. Har du någon gång haft eller finns det misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, HIV, skada eller annat kroppsfel. Ange även syn- och hörsselfel. Vid när- eller översynthet, ange dioptriet.</p> <p><b>Om Ja</b>, ange vad och lämna kompletterande uppgifter på nästa sida.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

### » Information om behandling av personuppgifter

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents integritetspolicy som finns på [www.euroaccident.se](http://www.euroaccident.se) eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.

**Hälsodeklarationen ska skickas in tillsammans med ansökan till Polisförbundet Försäkring inom 30 dagar från underskriftsdatum.**

### » Underskrift

Uppgifterna i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Enligt gällande teckningsregler intygar jag att jag är bosatt och folkbokförd i Sverige och tillhör svensk försäkringskassa (tecknar jag som nordisk medborgare intygar jag att jag har tagit del av de särskilda teckningsregler som framgår av förköpsinformation/villkor). Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	
Underskrift	Namnförtydligande

**Handlingarna skickas till:** Polisförbundet Försäkring, c/o Söderberg & Partners, Box 31, 851 02 Sundsvall

# Kompletterande uppgifter till Hälsodeklaration

Kompletterande uppgifter till fråga nr:

Försäkrad/Gruppmedlem  Medförsäkrad

## » Personuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

## » Kompletterande uppgifter

1. Vilket är ditt yrke och vilka arbetsuppgifter har du?		
2a. Namnge symptomen/sjukdomen. Diagnos?		
2b. Beskriv besvären/symptomen med egna ord:		
2c. Vad är orsaken till besvären/symptomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterade)?		
3a. När debuterade symptomen/sjukdomen, skadan eller handikappet? År            Månad	3b. Har du tidigare haft liknande besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <b>Om Ja</b> , när hade du besvär?            År            Månad	
3c. Vilken behandling/undersökning har du fått?		
3d. När behandlades du för de aktuella symptomen, den aktuella sjukdomen eller skadan senast? År            Månad		
3e. Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Om Ja</b> , av vilket slag?	
4a. Är du symptomfri? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <b>Om Ja</b> , när blev du symptomfri? År            Månad	4b. Om du inte är symptomfri, vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?	
5. Ange namn och fullständig mottagningsadress till de vårdgivare du anlitat under de senaste 3 åren:	För vilken orsak/diagnos?	När anlitade du vårdgivaren senast? Ange datum nedan:
6. Ange diagnos och sjukskrivningsperiod så noggrant som möjligt.	Fr. o. m	T. o. m
7. Ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare:		

## » Underskrift

Ort och datum (ÅÅMMDD)	
Underskrift	Namnförtydligande

## Medgivande till betalning genom Bankkonto eller personkonto

### Betalare/Försäkrad

NAMN	
ADRESS	
POSTNR	POSTORT
PERSONNUMMER	

BANKENS NAMN
--------------

### Betalningsmottagare

Söderberg & Partners Insurance Consulting AB (SPICAB)
BANKGIRONR  243-8695

CLAERINGNUMMER	KONTONUMMER
----------------	-------------

Om försäkringarna skall betalas via annan persons konto eller ett gemensamt konto som du själv inte är huvudkontohavare till, var god ange kontohavarens namn och personnummer nedan.

ANNAN BETALARE (namn)	PERSONNUMMER/ORGANISATTONSNUMMER
-----------------------	----------------------------------

\*) Clearingnummer är det fyrsiffriga nummer som tilldelas varje bankkonto, se ditt kontoutdrag. Swedbank har ibland fem siffror, ex 8327-9XXXXX. Utelämna då femte siffran, i detta fall 9

Handelsbankens clearingnummer ska alltid börja med 6 (hittar du inte det ange 6000). Har du personkonto i Nordea, använd 3300 som clearingnummer.

**Regler för överföring via autogiro**  
**Medgivande till betalning via Autogiro**  
 Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning till denne på viss dag ("förfallodagen") via Autogiro. Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren samt betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten. Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren samt betalningsmottagarens betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rättelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör. Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med betalningsmottagaren. Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

**Beskrivning**  
**Allmänt**  
 Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av betalningsmottagaren. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro, ska betalaren lämna sitt medgivande till betalningsmottagaren om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (t ex bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och betalningsmottagaren ska godkänna betalaren som användare av Autogiro. Betalarens betaltjänstleverantör är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt de regler som gäller hos betalarens betaltjänstleverantör. Meddelande om uttag får betalaren från sin betaltjänstleverantör. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

**Definition av bankdag**  
 Med bankdag avses alla dagar utom lördag, söndag, midsommarafon, julafton eller nyårsafon eller annan allmän helgdag.

**Information om betalning**  
 Betalaren kommer av betalningsmottagaren att meddelas belopp, förfallodag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfallodagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfallodag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfallodagar. Om meddelandet avser flera framtida förfallodagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfallodagen. Detta gäller dock inte fall då betalaren godkännt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst.

I sådant fall får betalaren meddelande av betalningsmottagaren om belopp, förfallodag och betalningssätt i samband med köpet och/eller beställningen. Genom undertecknandet av detta medgivande lämnar betalaren sitt samtycke till att betalningar som omfattas av betalningsmottagarens meddelande enligt denna punkt genomförs

**Täckning måste finnas på kontot**  
 Betalaren ska se till att täckning finns på kontot senast kl 00.01 på förfallodagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfallodagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfallodagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från betalningsmottagaren om antalet uttagsförsök.

**Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)**  
 Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen betalningsmottagaren senast två bankdagar före förfallodagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören

Om betalaren stoppar en betalning enligt ovan innebär det att den aktuella betalningen stoppas vid ett enskilt tillfälle. Om betalaren vill att samtliga framtida betalningar som initieras av betalningsmottagaren ska stoppas måste betalaren återkalla medgivandet.

**Medgivandets giltighetstid, återkallelse**  
 Medgivandet gäller tills vidare. Betalaren har rätt att när som helst återkalla medgivandet genom att kontakta betalningsmottagaren eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska för att stoppa ännu inte genomförda betalningar vara betalningsmottagarens tillhanda senast fem bankdagar före förfallodagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

Rätten för betalningsmottagaren och betalarens betaltjänstleverantör att avsluta anslutningen till Autogiro Betalningsmottagaren har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro trettio dagar efter det att betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Betalningsmottagaren har dock rätt att omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfallodagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas eller om betalningsmottagaren bedömer att betalaren av annan anledning inte bör delta i Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro i enlighet med de villkor som gäller mellan betalarens betaltjänstleverantör och betalaren.

Betalarens underskrift

Jag har tagit del av ovanstående regler för denna betalningsform

DATUM	ORT	TELEFON (Mobil)	TELEFON
NAMNTECKNING		NAMNTECKNING (Annan betalare **)	

\*\*) Om kontohavare för bankkontot är en annan än den försäkrade, måste denne godkännt att premien dras från bankkontot. Därför krävs underskrift.

**MEDGIVANDEBLANKETTEN SÄNDS TILL:**

Polisförbundet Försäkring, c/o Söderberg & Partners, Box 31 851 02 Sundsvall