

ALTERNATIV MEDICIN Försäkringsansökan

Namn

Ev. firmanamn

Organisationsnr.

Adress

Postnr.

Postadress

Telefon dagtid

E-postadress

Tillhör du något förbund/förening

Ja

Nej

Förbund/Skola

Studerandemedlem

Ja

Nej

Önskat startdatum

Utför du manuella behandlingar (t.ex. kiropraktik/naprapati)?

Ja

Nej

Jag önskar teckna följande försäkring(ar)

Observera att Företag & Sjukavbrott endast kan tecknas som komplement till Ansvarsförsäkringen

Behandlingsansvarsförsäkring studerande Önskas

Behandlingsansvarsförsäkring Önskas Har redan

Företagsförsäkring* Önskas

Sjukavbrottsförsäkring* Önskas

* Behandlingsansvarsförsäkring krävs

Följande gäller endast för Företagsförsäkring

Försäkringsställe