

Aftale om sundhedsforsikring - Individuel ordning 2025

Personoplysninger

Navn: _____ Cpr.nr.: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

E-mail adresse: _____ Tlf.nr.: _____

Hidtidig sundhedsforsikring: _____

Policensnummer: _____ Dato for udtrædelse: _____

Medforsikrede:

Ægtefælle/samlever navn: _____ Cpr.nr.: _____

Hidtidig sundhedsforsikring: _____

Policensnummer: _____ Dato for udtrædelse: _____

Barn/junior navn: _____ Cpr.nr.: _____

Hidtidig sundhedsforsikring: _____

Policensnummer: _____ Dato for udtrædelse: _____

Barn/junior navn: _____ Cpr.nr.: _____

Hidtidig sundhedsforsikring: _____

Policensnummer: _____ Dato for udtrædelse: _____

Ønsket startdato: _____

PRISER

Pris medlem: _____ kr.

Pris pr. ægtefælle/samlever: _____ kr.

Frivillig børnedækning 0-24 år i alt alle børn _____ kr.

Juniordækning 24-27 år - pr. person: _____ kr.

Priserne er inkl. 1,1% i statsafgift

Karens eksisterende lidelser: Der er seks måneders karens på eksisterende lidelser, med mindre der sker direkte overførsel fra anden sundhedsforsikring

Blanketten sendes til sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk eller pr. post til Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, Hørkær 12 B, 2730 Herlev

Sundhedsforsikring omfatter basis samt nedenstående tilvalgsmoduler:

Tilvalg A: Zoneterapi, akupunktur, diætist, osteopati.

Tilvalg B: Frakøb af henvisning fra egen læge til fysioterapi.

Tilvalg C: Misbrugsbehandling.

Tilvalg E: Privathospitalsdækning

Tilvalg F: Kroniske lidelser

Tilvalg G: Online lægevagt