

# Aftale om frivillig PFA Helbredssikring til ægtefælle, registreret partner eller samlever

Navn

CPR-nummer

Arbejdsgiver/forening/organisation

**(Udfyldes af medarbejder/medlem, som har PFA Helbredssikring)**

Navn

CPR-nummer

Adresse

Postnummer og by

**(Udfyldes af ægtefælle, registreret partner eller samlever, som ønsker PFA Helbredssikring)**

Jeg ønsker, at denne aftale træder i kraft den

Bemærk, at din PFA Helbredssikring tidligst kan træde i kraft den 1. i måneden efter, at vi har modtaget aftalen. Vi opretter forsikringen, uden at du behøver give helbredsoplysninger. I de første to år dækker forsikringen ikke sygdomme, der har direkte eller indirekte sammenhænge med sygdomme, som du har haft tidligere, med mindre andet er aftalt med PFA Pension. Forsikringen dækker ikke kroniske sygdomme, der er opstået før indmeldelse.

---

## Underskrifter

Dato \_\_\_\_\_

Medarbejder/medlems underskrift, som allerede har PFA Helbredssikring

Dato \_\_\_\_\_

Ægtefælle, registreret partner eller samlevers underskrift

Blanketten sendes til

**PFA Pension**  
**Sundkrogsgade 4**  
**2100 København Ø**

---

## Udfyldes af PFA

Firmanummer

Police

BX0118 (11-14)

Sundkrogsgade 4  
2100 København Ø

Telefon: 39 17 50 00  
Telefax: 39 17 59 50

pension@pfa.dk  
www.pfa.dk

**PFA Pension**  
forsikringsaktieselskab

1/1  
CVR: 13 59 43 76

5345

**PFA**  
P E N S I O N