



Reservasjonsklæring klinikkforsikring

Jeg bekrefter med dette at jeg **ikke** ønsker å kjøpe SMBs klinikkforsikring som inkluderer Yrkesskade, Gruppeliv, Fritidsulykke og Klinikkforsikring inkludert ansvar.

Jeg bekrefter videre at jeg fraskriver meg alle rettigheter i h.h.t. klinikkforsikringen.

Har du spørsmål om forsikringer eller ønsker en profesjonell vurdering av ditt behov, kan du kontakte SMBs forsikringskontor ved [forsikring@smbnorge](mailto:forsikring@smbnorge.no).

**Fyll ut reservasjonsskjema og sendt til eller pr. post til
Fotterapeutforbundet, Postboks 9202 – Grønland, 0134 Oslo**

Medlemsnr. Fotterapeutforbundet	Jeg er sykmeldt (sett kryss) Nei Ja
Navn:	
Adresse:	
Postnr./poststed:	
Dato/underskrift medlem Fotterapeutforbundet:	
Mottatt Fotterapeutforbundet dato:	