

## Information från avropsberättigade på 25-193 Hemförsäkring

För att vi ska kunna uppnå fördelarna och effektiviteten med en gruppförsäkring behöver vi få en volymindikation av vilka som har för avsikt att implementera lösningen.

HBVs medlemmar är automatiskt avropsberättigade, men vi ber er fylla i nedanstående uppgifter och skicka in till HBV.

Blanketten skickas till [anmalningar@hbv.se](mailto:anmalningar@hbv.se) senast **2024-09-30**.

### Avropsberättigad medlem

Medlem

Organisationsnummer

Namn på kontaktperson

Titel

Telefon

Epost

### Information

Antal fastigheter som önskas omfattas

Antal lägenheter (totalt i samtliga fastigheter)

Antal in- och utflyttningar per år

Antal studentlägenheter

Genomsnittlig kvm-yta

Finns andra lokaler/ytor som önskas försäkras?

Ange i sådana fall vad det är för typ av yta

Om möjligt, ange hur många ettor respektive tvåor, treor med flera som finns i ert bestånd

Har ni någon pågående skada i lägenhet eller fastighet just nu?

Ja

Nej

Arbetar ni idag med någon försäkringsförmedlare?

Ja

Nej

Om ja, ange gärna vilket bolag

Vill ni boka in ett möte för att få mer information?

Ja

Nej