

**Om blanketten och bifogade handlingar inte är kompletta,  
skickar vi tillbaka dem till dig för komplettering**

Gruppvavtalsnummer

Arbetsgivarens/föreningens namn		Telefonnummer (även riktnr)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress		

## Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn		Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Gift/Sambo/Registrerad partner		
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

## Medförsäkrad - Fylls i om ansökan endast gäller medförsäkrad

Medförsäkrads namn	Personnummer
--------------------	--------------

## Utbetalning

Önskas insatt på	Bank	Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/>	Bankkonto		
<input type="checkbox"/>	Sparkonto i Länsförsäkringars bank. Jag godkänner att ni använder mina uppgifter och öppnar ett sparkonto där ni sätter in pengarna. Du kan få reda på aktuell ränta på våra kontor, på <a href="http://www.lansforsakringar.se">www.lansforsakringar.se</a> och på TV4:s text-TV sid 290.		

## Uppgifter om arbetsförmåga

Arbetsförmögen till minst 50 % sedan? (datum)	Sjukdomens eller olycksfallets art? (diagnos)		
När märktes de första symtomen? (datum)	Vilken Försäkringskassa tillhör du?		
Tidsbegränsad sjukersättning har beviljats fr.o.m. (datum)	Aktivitetsersättning har beviljats fr.o.m. (datum)	Sjukersättning har beviljats fr.o.m. (datum)	
Vilken läkare har du anlitat?			
Har du anlitat sjukvårdspersonal t ex sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut?	Om "Ja", ange namn och fullständig adress		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	.....		

## Viktig! Bifoga till denna ansökan

- ▮ Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan
- ▮ Datautskrift från Försäkringskassan som visar all din sjukhistorik (beställ en 036-bild från Försäkringskassan)
- ▮ Kopia av samtliga beslut om tidsbegränsad sjukersättning (sjukbidrag), aktivitetsersättning eller sjukersättning (förtidspension) som du fått från Försäkringskassan
- ▮ Kopia av den föredragningspromemoria som ligger till grund för Försäkringskassans beslut

## Underskrift

▮ Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga	
▮ Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän Försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut får lämna de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m m som Länsförsäkringar anser sig behöva för att handlägga denna ansökan eller försäkringens giltighet i framtiden.	
Ort och datum	Underskrift

### Ansökan skickas till:

Officersförbundet  
Medlemsservice  
Box 5338  
102 47 Stockholm

**Fortsättning på sidan 2****För självadministrerade avtal ska kompletterande uppgifter  
lämnas på blankettens baksida. Var god vänd!**

## Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ). org.nr 516401-6692  
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ). org.nr 502010-9681

**Telefon**  
08-588 431 50

**E-postadress**  
grupp@lansforsakringar.se

**Webb**  
[www.lansforsakringar.se/grupp](http://www.lansforsakringar.se/grupp)

