

**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
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

## 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

Sjukdomens namn (diagnos)?		När märktes de första symtomen?
Har du tidigare haft dessa eller liknande besvär?	Om "Ja", vilket datum	När anlätades läkare? (datum)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Läkarens namn och adress		
Vilken läkare behandlar dig nu? (läkarens namn och adress)		
Har du vårdats på sjukhus?	Om "Ja", vilket sjukhus?	När?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
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	.....	

Sjukskrivningsperioder som sjukdomen föranlett (perioder och sjukskrivningsgrad)	Fr o m	t o m	Omfattning %
Kopia av sjukskrivningsbeslut ska alltid bifogas. Vid tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning samt sjukersättning ska kopia av Försäkringskassans beslut, föredragningspromemoria samt läkarutlåtande bifogas.	Fr o m	t o m	Omfattning %
	Fr o m	t o m	Omfattning %
	Fr o m	t o m	Omfattning %
Ditt nuvarande hälsotillstånd. Är du fullt arbetsför?	Om "Ja", fr o m		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har du under de senaste 12 månaderna varit arbetsförmögen i mer än två veckor i följd före nuvarande period? (Bifoga i så fall kopia av sjukskrivningsintyg. Försäkringskassans 036-bild)	Fr o m	t o m	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr o m	t o m	
	Fr o m	t o m	

### Blanketten skickas till:

Länsförsäkringar  
Affärsområde Hälsa  
Gruppliv  
106 50 Stockholm

**Fortsättning på sidan 2**

### 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](mailto:grupp@lansforsakringar.se)

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

Har du annan sjukförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Försäkringsnummer
Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Är du berättigad till ersättning därifrån? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilken ersättning	
Ange din månadslön vid insjuknandedagen (den som anmälts till Försäkringskassan)	Månadslön, kr	
Vilken Försäkringskassa tillhör du?	Försäkringskassa (ange även adress)	

## Underskrift

<p>I Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga</p> <p>I 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.</p>		
Ort och datum	Telefonnummer dagtid (även riktnr)	Telefonnummer kvällstid (även riktnr)
Namn-teckning	Namnförtydligande	

## Nedanstående uppgifter ska *endast* gruppföreträdare för *självadministrerade* avtal fylla i

Nuvarande omfattning inklusive tidigare ändringar.	Anslutningsdatum	Försäkringsbelopp	Karens	Anslutning på full arbetsföret	Anslutning med hälsodeklaration
Sjuk					
Sjuk					
Sjuk					
Sjuk					

Ej ansluten till sjukförsäkring

Försäkringen betald till och med

## Eventuella övriga upplysningar

--

## Information om behandling av personuppgifter

Länsförsäkringar kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrad, medförsäkrad, inbetalare, förmänstagare och panthavare såsom till exempel allmänna namn- och adressuppgifter, personnummer samt i vissa fall även uppgifter om yrke och medborgarskap, vissa ekonomiska förhållanden och hälsotillstånd. Uppgifterna används för att vi ska kunna fullgöra avtal och rättsliga skyldigheter samt fastställa rättsliga anspråk, ge en god service, marknadsföring, statistik, marknads- och kundanalyser samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på vår verksamhet.

Uppgifterna är avsedda att användas inom Länsförsäkringsgruppen samt i vissa fall hos andra företag eller föreningar som vi samarbetar med till exempel återförsäkringsgivare. Uppgifterna inhämtas normalt direkt från den registrerade men för vissa försäkringar från arbetsgivare eller annan. Uppgifterna kan komma att uppdateras genom externa register, till exempel SPAR.

Personuppgiftsansvarig är din försäkringsgivare. Du har enligt personuppgiftslagen rätt att utan kostnad, en gång per kalenderår och efter skriftlig undertecknad ansökan till Länsförsäkringar Liv, 106 50 Stockholm, få besked om vilka personuppgifter om dig som vi behandlar och hur vi behandlar dessa. Du har också rätt att begära rättelse i fråga om personuppgifter som vi behandlar om dig samt skriftligen anmäla att dina personuppgifter inte ska användas för direktmarknadsföring. Länsförsäkringar kan komma att arkivera och behandla ansökningshandlingar och övriga inhämtade uppgifter enligt ovan oavsett om ansökan bifalles eller inte.

## Riskbedömningens anteckningar

<input type="checkbox"/> Sjukförsäkringsbelopp	<input type="checkbox"/> Avslag	Datum	Signatur
--	---------------------------------	-------	----------

## Grupp-företrädarens underskrift

Ort och datum	
Grupp-företrädarens underskrift	Namn-förtydligande
Telefonnummer (även riktnr)	E-postadress

## 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