

Besvaras alltid

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

Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

Uppgifter om arbetsförmåga

Arbetsförmögen/sjukskrivning p g a sjukdom eller olycksfallsskada fr o m (datum)	Sjukdomens eller olycksfalletsskadans art (diagnos)
Sjukskrivningsgrad	

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 Försäkringskassans alla beslut och promemorior om sjukbidrag/tidsbegränsad sjukersättning/aktivitetsersättning och förtidspension/sjukersättning du har fått

Underskrift

<ul style="list-style-type: none"> ▮ 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 psykiater 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

Nedanstående uppgifter ska endast gruppföreträdare för självadministrerade avtal fylla i

Försäkring	Anställningsdatum	Anslutningsdatum	Anslutning med hälsodeklaration	Anslutning på full arbetsförhet	Karens	Försäkringsbelopp
Sjuk						
Liv Gruppmedlem						
Liv Medförsäkrad						
Olycksfall Gruppmedlem						
Olycksfall Medförsäkrad						
Barn						

Försäkringen betald till och med

Fortsättning på sidan 2

Riskbedömningens anteckningar

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

Eventuella övriga upplysningar

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Information om behandling av personuppgifter

Länsförsäkringar kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrad, medförsäkrad, inbetalare, förmånstagare 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.

Gruppföreträdarens underskrift

Ort och datum	
Gruppföreträdarens underskrift	Namnförtydligande
Telefonnummer (även riktnr)	E-postadress