

### Tänk på att bifoga

- Läkarintyg för hela sjukskrivningsperioden
- Inkomstuppgift vid ansökan om sjukförsäkringsbelopp

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		E-postadress
Postnummer och ort	Telefon	Yrke

### Frågor - Observera att samtliga frågor måste besvaras.

Vilken sjukdom, besvär eller åkomma har du?					
När märkte du de första sjukdomssymptomen?					
Har du tidigare haft dessa eller liknande besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilka och när?			
När och vilka läkare/sjukhus/kliniker har du anlitat?	Tidpunkt	Namn och adress			
Vilken är din ordinarie vårdcentral eller läkare?	Namn och adress				
Har du anlitat annan sjukvårdspersonal, exempelvis sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut?	Namn och adress				
Har sjukdomen/olycksfallet föranlett arbetsförmåga?	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m.	T.o.m.	<input type="checkbox"/> Delvis	% Fr.o.m. T.o.m.
Har sjukpenningen ersatts av varaktigt sjukersättning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, bifoga kopia av beslutsmeddelande samt av de handlingar som ligger till grund för beslutet.			
Har du återupptagit ditt arbete?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", helt fr.o.m.		delvis fr.o.m.	

## Besvaras endast om ansökan avser sjukförsäkringsbelopp

### Anställd

Bifoga kopia av din senaste lönespecifikation närmast före sjukskrivningen	Avtalade sjukförmåner
	<input type="checkbox"/> ITP eller motsvarande <input type="checkbox"/> Kommunalt/Landstingsanställd <input type="checkbox"/> Statligt anställd <input type="checkbox"/> AGS

### Företagare

Bifoga kopia av din senaste inkomstuppgift närmast före sjukskrivningen, t.ex. deklaration.	<input type="checkbox"/> Aktiebolag <input type="checkbox"/> Handelsbolag <input type="checkbox"/> Kommanditbolag <input type="checkbox"/> Enskild firma				
	Aktieinnehav, den försäkrade _____ %    Aktieinnehav, närstående* _____ % * Med närstående avses make, registrerad partner, sambo, föräldrar eller barn till den försäkrade.				
Har du under de tre senaste åren haft motsvarande tjänstepension med sjukförsäkring i annat försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, i vilket bolag?	Försäkringsnummer	Försäkringen gäller till och med	Försäkringsbelopp/mån

Saknar förvärvsarbete	Fr.o.m. (år-mån-dag)	
Studerande	Fr.o.m. (år-månad-dag)	
Har du individuell sjukförsäkring i ett annat försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, i vilket bolag?
	Försäkringsnummer	Försäkringen gäller sedan
<input type="checkbox"/> Beloppen är inkomstskattepliktiga <input type="checkbox"/> Beloppen är fria från inkomstskatt		

**OBS! Om blanketten är ofullständig ifylld skickar vi tillbaka den till dig för komplettering.**

### Övriga upplysningar


### Jag vill att eventuell ersättning ska sättas in på nedanstående konto

<input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna insatta på konto i	Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna till bankgiro med nummer		

### Den försäkrades underskrift och fullmakt

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga. Ansökan avser samtliga mina försäkringar hos Länsförsäkringar Liv/Länsförsäkringar Fondliv Jag medger att Länsförsäkringar Liv/Länsförsäkringar Fondliv för bedömning av sitt ansvar, får hämta den information som anses nödvändig hos Försäkringskassan, Infotorg, arbetsgivare (nuvarande, tidigare och senare tillkommande). Medgivandet omfattar inte journalhandlingar, läkarintyg och liknande hälsohandlingar.

Ort och datum	
Den försäkrades egenhändiga namnteckning	Namnförtydligande

### Postadress:

Länsförsäkringar AB  
Sjukfall  
FE 1670  
839 82 Östersund