

Arbetsgivarens/Föreningens uppgifter (Ifylls alltid)

Namn enligt försäkringsbrev	Organisationsnummer	Gruppavtal nummer	Telefonnummer dagtid
-----------------------------	---------------------	-------------------	----------------------

Person- och kontaktuppgifter gruppledare (Ifylls alltid)

Gruppledarens namn	Personnummer	Telefonnummer dagtid
E-post	Önskar kontakt per: <input type="checkbox"/> E-post	

Person- och kontaktuppgifter medförsäkrad (Fylls i bara om anmälan avser medförsäkrad)

Medförsäkrads namn	Personnummer	Telefonnummer dagtid
E-post	Önskar kontakt per: <input type="checkbox"/> E-post	

Kontouppgifter (Till den som begär ersättning)

Clearingnummer	Bankkontonummer	Kontohavare
Bankgiro	Postgiro	Betalningsavi <input type="checkbox"/> Postgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro

Sjukdom/diagnos

Sjukdomens namn/diagnos		
När märktes första symtomen?	När fastställdes diagnosen?	
Har du tidigare haft samma diagnos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilken vårdgivare(vårdcentral, sjukhus, avdelning) anlätades då?	När fastställdes den tidigare diagnosen?

Personuppgiftslagen (PUL)

De personuppgifter du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om hur vi behandlar personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på vår webbplats, www.lansforsakringar.se.

Underskrift

Ort och datum	Namnsteckning
---------------	---------------

Gruppföreträdarens uppgifter om sjukförsäkring vid självadministrerande avtal

Gruppmedlem	Sjukkapital Ansluten fr o m	Sjukkapital Premie betald t o m	Månatlig sjuk Ansluten fr o m	Månatlig sjuk Premie betald t o m	Sjukkapital prisbasbelopp	Sjukförsäkring månadsbelopp
Medförsäkrad	Sjukkapital Ansluten fr o m	Sjukkapital Premie betald t o m	Månatlig sjuk Ansluten fr o m	Månatlig sjuk Premie betald t o m	Sjukkapital prisbasbelopp	Sjukförsäkring månadsbelopp
Ansluten med full arbetsförhet				Ansluten med hälsodeklaration Kopia av hälsodeklaration ska alltid bifogas med ansökan		

Gruppföreträdarens underskrift

Datum	Gruppföreträdarens namnteckning	Gruppföreträdarens namnförtydligande
-------	---------------------------------	--------------------------------------

Fortsättning på nästa sida

OBS! Detta ska fyllas i av läkare

Den försäkrades namn (fylls alltid i)		Personnummer
Vilken diagnoskod enligt ICD-10 har blivit fastställd?	Vilket datum fastställdes diagnosen?	Vilket datum märktes de första symtomen?
Vid diagnos malignt melanom, ange tjocklek i mm.	Vilken läkare/vårdgivare fastställde diagnosen?	
Har patienten återinsjuknat i samma diagnos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange datum för fastställande och diagnoskod enligt ICD-10 för den tidigare diagnosen Datum Diagnoskod	
Är den nuvarande diagnosen en metastas av tidigare cancer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange datum för fastställande och diagnoskod enligt ICD-10 för cancerdiagnosen Datum Diagnoskod	

Underskrift läkare

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande, mottagningens adress och telefonnummer	Förskrivarkod och arbetsplatskod

Övriga upplysningar

Skicka handlingarna till

Länsförsäkringar AB
Hälsa
Skador
FE 1650
838 83 Frösön