Länsförsäkringar

Ny- och avanmälan Gruppförsäkring

Gruppavtalsnr
Administrationsenhet

Företag/organisation

Företaget/organisationens namn		Organisationsnummer
Gruppföreträdare för- och efternamn	E-post	

Nyanmälan

Samtliga anställda som nyanmäls behöver vara fullt arbetsföra. Se definition vid underskrift på nästa sida. Nyanmälan kan ske tidigast 30 dagar innan försäkringen ska börja gälla.

Personnummer	För- och efternamn	Anställd/Medlem från och med

Fortsättning på sid 2

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar
Personrisk/Hälsa Kundservice
Postskanning
FE 1667
839 82 Östersund

Vid förmedlarsåld försäkring skickas ansökan till

Länsförsäkringar Mäklarservice
Försäljningssupport
FE 1643
839 82 Östersund

Postadress 106 50 Stockholm | **Affärsenhet** Sak | **Telefon** 08-588 427 00
E-post info.halsa@lansforsakringar.se

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 516401-6692
Länsförsäkringar AB (publ), organisationsnummer 502010-9681

LF 11396 utg 04 Comprend 2024-02

Avanmälan

Personnummer	För- och efternamn	Utträdesdatum
Orsak		

Personnummer	För- och efternamn	Utträdesdatum
Orsak		

Personnummer	För- och efternamn	Utträdesdatum
Orsak		

Personnummer	För- och efternamn	Utträdesdatum
Orsak		

Personnummer	För- och efternamn	Utträdesdatum
Orsak		

Personnummer	För- och efternamn	Utträdesdatum
Orsak		

Personnummer	För- och efternamn	Utträdesdatum
Orsak		

Personnummer	För- och efternamn	Utträdesdatum
Orsak		

Annat meddelande

I handbok för gruppföreträdare och i För- och efterköpsinformation Gruppförsäkring finns information om hur Länsförsäkringar behandlar personuppgifter, se även mer på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter.

Underskrift

Jag intygar att samtliga nyanmälda på denna blankett var fullt arbetsföra i anslutning till anmälningstillfället.

Fullt arbetsför är den som

- kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall
- inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande.

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande