

Gruppvavtalsnr

Administrationsenhet

**Företag/organisation**

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

**Nyanmälan**

Här fyller du i uppgifter om de personer som ska nyanmälas. För vissa försäkringar behöver nyanställd vara fullt arbetsför, se information vid underskrift. Nyanmälan kan göras 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

## 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](https://lansforsakringar.se/personuppgifter).

## Underskrift

Genom att signera blanketten nyanmäler och/eller avanmäler jag personerna ovan.

Om nyanmälan avser någon av försäkringarna månatlig sjukförsäkring, sjukkapitalförsäkring och/eller livförsäkring bekräftar du med din underskrift att personerna var fullt arbetsföra i anslutning till anmälningstillfället. Övriga försäkringar har inga hälsokrav.

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	Namn-teckning	Namn-förtydligande
-------	---------------	--------------------