

Anmälan lämnar du till din gruppföreträdare på företaget/organisationen!

**Ansökan avser**

- Ny ansökan  
 Förändring/utökning av tidigare försäkringsskydd

Gruppavtalsnr

Administrationsenhet

**Företagets eller organisationens namn****Anställd/Medlem**

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Postnummer och ort	E-post	

**Medförsäkrad (make, sambo)**

Medförsäkrads namn	Personnummer
--------------------	--------------

För att få försäkring måste du vara fullt arbetsför. 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 eller lönebidragsanställning eller motsvarande.

	Anställd/Medlem	Medförsäkrad
Är du fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**Underskrift**

Jag intygar att ovanstående lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. De uppgifter som lämnas ska ligga till grund för försäkringsavtalet och jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig, helt eller delvis. Jag bekräftar att jag i samband med denna ansökan tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation Sjukvårdsförsäkring för företag med minst tio medarbetare.

Datum	
Anställds/Medlems namnteckning	Medförsäkrads namnteckning

**Ansökan skickas till**

Länsförsäkringar  
Hälsa Kundservice  
Postskanning  
FE 1667  
838 83 Frösön

**Vid förmedlarsåld försäkring skickas ansökan till**

Länsförsäkringar Mäklarservice  
Försäljningssupport  
FE 1643  
838 83 Frösön