

Skicka in anmälan så att vi har den senast månadens sista dag, så kommer godkända ändringar med på ändringslistan!

Sjukvårdsförsäkring

Gruppvavtalsnr
Administrationsenhet

Företagets eller organisationens namn

	Organisationsnummer
--	---------------------

Personnummer/Gruppledmedlem	För- och efternamn	Anställd/medlem från och med*	Anställnings-/medlemsnr (frivillig uppgift)

* Datum från vilket den sökande har rätt till försäkringen.

Fortsätt på baksidan om utrymmet inte räcker till.

Vänta med att registrera nya försäkringar hos dig till dess att du har fått en ändringslista från oss, där de finns med.

Underskrift

Jag intygar att samtliga anställda, enligt förteckning ovan, alternativt bifogad personallista, i direkt anslutning till anmälningsstillfället har varit fullt arbetsföra.

Fullt arbetsföra 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
- inte varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste tre månaderna.

Jag är medveten om att oriktiga uppgifter kan påverka försäkringens giltighet, helt eller delvis.

Jag bekräftar att jag i samband med denna ansökan har tagit del av Länsförsäkringars för- och efterköpsinformation Sjukvårdsförsäkring för företag med minst tio medarbetare.

Datum	Namn-teckning grupp-företrädare/personalansvarig
-------	--

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

Gruppavtalsnr
Administrationsenhet

Personnummer/Gruppmedlem	För- och efternamn	Anställd/medlem från och med*	Anställnings-/medlemsnr (frivillig uppgift)

* Datum från vilket den sökande har rätt till försäkringen.