

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/Gruppmedlem	GM/MF	För- och efternamn	Orsak *	Utträdesdatum

* Till exempel: Slutat sin anställning, frivilligt utträde, avtalspension.

GM = Gruppmedlem **MF** = Medförsäkrad

Annat meddelande

--

Underskrift

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 förmedlarsäld försäkring
skickas ansökan till**

Länsförsäkringar Mäklarservice
Försäljningssupport
FE 1643
838 83 Frösön