

Gruppvavtalsnr

Administrationsenhet

**Företag/organisation**

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

**Nyanmälan**

Personnummer	För- och efternamn	Anställd/Medlem från och med

- Jag intygar att samtliga anställda, enligt förteckning ovan, i direkt anslutning till anmälningsfallet 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.

Fortsättning på sid 2

**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

## 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		

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

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