

## Arbetsgivarens/Föreningens uppgifter (anges om anmälan avser gruppförsäkring)

Namn enligt försäkringsbrev	Organisationsnummer	Gruppavtal nummer	Telefonnummer
-----------------------------	---------------------	-------------------	---------------

## Person- och kontaktuppgifter gruppledare (anges alltid)

Gruppledarens namn	Personnummer	Telefonnummer
E-post		

## Person- och kontaktuppgifter medförsäkrad (anges om anmälan avser medförsäkrad)

Medförsäkrads namn	Personnummer	Telefonnummer
E-post		

## Kontouppgifter (Till den som begär ersättning)

Clearingnummer	Bankkontonummer	Kontohavare
Bankgiro	Postgiro	Betalningsavi <input type="checkbox"/> Postgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro

## Uppgifter om arbetsförmågan. Arbetsförmågan beror på sjukdom olycksfall

Arbetsförmågan fr o m (datum då sjukperioden startade)	Sjukdomens eller olycksfallsskadans art (diagnos)	När märktes de första symptomen?
Vilken vårdcentral tillhör du?		
På vilken vårdinrättning behandlas du? Vårdinrättningens namn, avdelning och adress.		
Har du någon annan ersättning än sjukpenning - till exempel aktivitetsersättning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller arbetsskadelivränta? <input type="checkbox"/> Ja, sedan den <input type="checkbox"/> Nej		
Om "Ja", i vilken omfattning? <input type="checkbox"/> En fjärdedels <input type="checkbox"/> Halv <input type="checkbox"/> tre fjärdedels <input type="checkbox"/> Hel		
Har du någon vilande ersättning, lönebidragsanställning eller av hälsoskäl fått ett anpassat arbete? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Är du idag fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja, sedan den <input type="checkbox"/> Nej		

Viktigt! Bifoga till denna ansökan kopia av läkarintyg.

## Underskrift

Ort och datum	Namnsteckning
---------------	---------------

## Skicka handlingarna till

Länsförsäkringar AB  
Skador Grupp- och Kollektiv  
FE 1650  
839 82 Östersund

Fortsättning på nästa sida

## Gruppföreträdarens uppgifter om sjukförsäkring (anges endast vid självadministrerande avtal)

Gruppmedlem	Sjukkapital Ansluten fr o m	Sjukkapital Premie betald t o m	Månatlig sjuk Ansluten fr o m	Månatlig sjuk Premie betald t o m	Sjukkapital prisbasbelopp	Sjukförsäkring månadsbelopp
Medförsäkrad	Sjukkapital Ansluten fr o m	Sjukkapital Premie betald t o m	Månatlig sjuk Ansluten fr o m	Månatlig sjuk Premie betald t o m	Sjukkapital prisbasbelopp	Sjukförsäkring månadsbelopp
Ansluten med full arbetsföret				Ansluten med hälsodeklaration Kopia av hälsodeklaration ska alltid bifogas med ansökan		

## Gruppföreträdarens underskrift

Datum	Gruppföreträdarens namnteckning	Gruppföreträdarens namnförtydligande
-------	---------------------------------	--------------------------------------

## Behandling av personuppgifter

Detta är en kort beskrivning av hur vi behandlar personuppgifter. Fullständig information om hur vi på Länsförsäkringar behandlar personuppgifter finns i informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats [lansforsakringar.se/personuppgifter](https://lansforsakringar.se/personuppgifter). Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall oss på telefonnummer 08-588 427 00 eller e-postadress [info.halsa@lansforsakringar.se](mailto:info.halsa@lansforsakringar.se)

De personuppgifter som vi samlar in om dig behandlas enligt de lagar och förordningar som gäller vid tidpunkten. Uppgifterna samlas in för att vi ska kunna fullgöra försäkringsavtal. De kan också användas till statistik, för att fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk och för att förebygga skador.

I första hand använder vi uppgifterna inom länsförsäkringsgruppen men de kan i vissa fall lämnas till företag, föreningar och organisationer som länsförsäkringsgruppen samarbetar med inom och utanför EU och EES-området, exempelvis återförsäkringsgivare. Personuppgifter kan också lämnas ut till myndigheter om vi är skyldiga till det enligt lag.

Du kan alltid få information om vilka personuppgifter vi behandlar om dig. Du kan också vända dig till oss för att begära rättelse av en felaktig uppgift eller för att begära radering eller begränsning eller invända mot en behandling, i vilket fall din begäran eller invändning kommer att prövas av oss.

Personuppgiftsansvarig är Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ) för livförsäkring och Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ) för övriga försäkringar. Allmänna uppgifter om dig såsom namn och kontaktuppgifter behandlas också i Länsförsäkringsgruppens gemensamma kundregister. För behandling av dessa uppgifter är alla bolag inom länsförsäkringsgruppen gemensamt personuppgiftsansvariga.

## Inhämtning av sjukskrivningsperioder

För att kunna reglera din skada behöver vi uppgifter om din sjukskrivning. För att göra det enkelt för dig kan vi hämta in uppgifterna direkt från Försäkringskassan. Det betyder att du inte behöver skicka oss ditt sjukintyg som underlag i din skadeanmälan eller om din sjukskrivning skulle förlängas.

För att vi ska kunna hämta in uppgifterna direkt från Försäkringskassan behöver vi ditt samtycke.

Det lämnar du genom att underteckna bifogad fullmakt.

Om du inte vill att vi inhämtar uppgifterna från Försäkringskassan behöver du i stället bifoga sjukintyg till din skadeanmälan.

Du kommer i sådant fall också behöva skicka in ett nytt sjukintyg till oss om din sjukskrivning skulle förlängas.

## Fullmakt för sjukförsäkring

Med denna fullmakt samtycker jag till att Länsförsäkringar inhämtar uppgifterna:

- Datum för min sjukperiod
- Vilken typ av ersättning jag får från Försäkringskassan

Fullmakten gäller från dagens datum och är giltig under regleringen av försäkringsfallet, eller tills du återkallar den genom skriftlig begäran till Länsförsäkringar.

Ort och datum	Personnummer
Namnteckning	Namnförtydligande

## Skicka handlingarna till

Länsförsäkringar AB  
Skador Grupp- och Kollektiv  
FE 1650  
839 82 Östersund