

Arbetsgivarens/Föreningens uppgifter (Ifylls alltid)

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

Person- och kontaktuppgifter gruppledare (Ifylls alltid)

| | | |
|--------------------|--|----------------------|
| Gruppledarens namn | Personnummer | Telefonnummer dagtid |
| E-post | Önskar kontakt per: <input type="checkbox"/> E-post | |

Person- och kontaktuppgifter medförsäkrad (Fylls i bara om anmälan avser medförsäkrad)

| | | |
|--------------------|--|----------------------|
| Medförsäkrads namn | Personnummer | Telefonnummer dagtid |
| E-post | Önskar kontakt per: <input type="checkbox"/> E-post | |

Kontouppgifter (Till den som begär ersättning)

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

Sjukdom/diagnos

| | | |
|---|--|--|
| Sjukdomens namn/diagnos | | |
| När märktes första symtomen? | När fastställdes diagnosen? | |
| Har du tidigare haft samma diagnos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om ja, vilken vårdgivare (vårdcentral, sjukhus, avdelning) anlätades då? | När fastställdes den tidigare diagnosen? |

Underskrift

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

Gruppföreträdarens uppgifter om sjukförsäkring 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 |
|-------|---------------------------------|--------------------------------------|

Skicka handlingarna till

Länsförsäkringar AB
Hälsa
Skador
FE 1650
838 83 Frösön

Fortsättning på nästa sida

OBS! Detta ska fyllas i av läkare

| | | |
|--|--|--|
| Den försäkrades namn (fylls alltid i) | | Personnummer |
| Vilken diagnoskod enligt ICD-10 har blivit fastställd? | Vilket datum fastställdes diagnosen? | Vilket datum märktes de första symtomen? |
| Vid diagnos malignt melanom, ange tjocklek i mm. | Vilken läkare/vårdgivare fastställde diagnosen? | |
| Har patienten återinsjuknat i samma diagnos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", ange datum för fastställande och diagnoskod enligt ICD-10 för den tidigare diagnosen Datum Diagnoskod | |
| Är den nuvarande diagnosen en metastas av tidigare cancer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja" ange datum för fastställande och diagnoskod enligt ICD-10 för cancerdiagnosen Datum Diagnoskod | |

Underskrift läkare

| | |
|---|----------------------------------|
| Datum | Läkarens namnteckning |
| Namnförtydligande, mottagningens adress och telefonnummer | Förskrivarkod och arbetsplatskod |
| | |
| | |
| | |
| | |

Övriga upplysningar

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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. 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

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.