

Tänk på att bifoga

- Läkarintyg för hela sjukskrivningsperioden
- Inkomststoppgift vid ansökan om sjukförsäkringsbelopp

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	E-postadress	
Postnummer och ort	Telefon	Yrke

Frågor - Observera att samtliga frågor måste besvaras.

Vilken sjukdom, besvär eller åkomma har du?						
När märkte du de första sjukdomssymptomen?						
Har du tidigare haft dessa eller liknande besvär?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilka och när?			
När och vilka läkare/sjukhus/kliniker har du anlitat?	Tidpunkt	Namn och adress				
Vilken är din ordinarie vårdcentral eller läkare?	Namn och adress					
Har du anlitat annan sjukvårdspersonal, exempelvis sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut?	Namn och adress					
Har sjukdomen/olycksfallet föranlett arbetsförmåga?	<input type="checkbox"/> Ja	Fr o m	To m	<input type="checkbox"/> Delvis	% Fr o m	To m
Har sjukpenningen ersatts av sjukersättning?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, bifoga kopia av beslutsmeddelande samt av de handlingar som ligger till grund för beslutet.			
Har du återupptagit ditt arbete?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", helt fr o m		delvis fr o m	

Besvaras endast om ansökan avser sjukförsäkringsbelopp	
Anställd Bifoga kopia av din senaste lönespecifikation närmast före sjukskrivningen	Avtalade sjukförmåner <input type="checkbox"/> ITP eller motsvarande <input type="checkbox"/> Kommunalt/Landstingsanställd <input type="checkbox"/> Statligt anställd <input type="checkbox"/> AGS
Företagare Bifoga kopia av din senaste inkomstuppgift närmast före sjukskrivningen, t.ex. deklARATION.	<input type="checkbox"/> Aktiebolag <input type="checkbox"/> Handelsbolag <input type="checkbox"/> Kommanditbolag <input type="checkbox"/> Enskild firma Aktieinnehav, den försäkrade.....% Aktieinnehav, närstående*).....% <small>*) Med närstående avses make, registrerad partner, sambo, föräldrar eller barn till den försäkrade.</small>
Saknar förvärsarbete	Fr o m (år-mån-dag)
Studerande	Fr o m (år-mån-dag)
Har du individuell sjukförsäkring i ett annat försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, i vilket bolag?
	Försäkringsnummer Försäkringen gäller sedan Försäkringsbelopp/mån
	<input type="checkbox"/> Beloppen är inkomstskattepliktiga <input type="checkbox"/> Beloppen är fria från inkomstskatt

OBS! Om blanketten är ofullständig ifyllt skickar vi tillbaka den till dig för komplettering.

Övriga upplysningar

Jag vill att eventuell ersättning ska sättas in på nedanstående konto
<input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna insatta på konto i _____ Clearingnummer _____ Kontonummer _____
<input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna till bankgiro med nummer _____

Den försäkrades underskrift och fullmakt	
Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga. Ansökan avser samtliga mina försäkringar hos Länsförsäkringar Liv/Länsförsäkringar Fondliv. Jag medger att Länsförsäkringar Liv/Länsförsäkringar Fondliv för bedömning av sitt ansvar, får hämta den information som anses nödvändig hos Försäkringskassan, Infotorg, arbetsgivare (nuvarande, tidigare och senare tillkommande). Medgivandet omfattar inte journalhandlingar, läkarintyg och liknande hälsohandlingar.	
Ort och datum	
Den försäkrades egenhändiga namnteckning	Namnförtydligande

Postadress:
Länsförsäkringar AB
FE 1670 Livskador – Sjukfall
838 83 Frösön