

106 50 Stockholm

**Ansökan om gruppförsäkring år 2019**  
**Avtal 1881, enhet 48597 Svenska Samernas Riksförbund**

Personnummer anställd/medlem GM	Personnummer make/sambo MF	Anställd/medlem för- och efternamn
Anställningsnummer/medlemsnummer	Namn make/sambo	Utdelningsadress
Anställd/medlem fr o m (år, månad, dag)		Postnummer och postort

Du kan snabbt och enkelt göra din ansökan på internet. Där kan du teckna nya försäkringar och ändra eller avsluta dina befintliga försäkringar. För inloggning krävs BankID, gruppavtalsnummer och enhetsnummer. Den digitala ansökan hittar du på [www.lansforsakringar.se/ansokgruppforsakring](http://www.lansforsakringar.se/ansokgruppforsakring).

	<b>Månadspremie per försäkrad</b>	
<b>Försäkringsmoment</b>		
Sjukvårdsförsäkring	492 kr	

Självriskén är 750 kronor vid första konsultationen för varje nytt försäkringsfall

**Jag anmäler**  
GM MF

**Vänd dig i första hand till din gruppföreträdare:**  
Totte Nordahl, 090-141180

**Blanketten skickas till:**  
Länsförsäkringar  
Hälsa Kundservice  
Postskanning FE 1667  
838 83 Frösön

**Fortsätt på nästa sida!**

Länsförsäkringar GruppLivförsäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 516401-6692  
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 502010-9681

<b>Postadress</b>	<b>Affärsområde</b>	<b>Telefon</b>	<b>Fax</b>	<b>E-post</b>	<b>Webb</b>
106 50 Stockholm	Hälsa	08-588 427 00	08-588 404 80	<a href="mailto:info.halsa@lansforsakringar.se">info.halsa@lansforsakringar.se</a>	<a href="http://lansforsakringar.se">lansforsakringar.se</a>

Du får inte ersättning för betingade sjukdomar eller besvär som du har när du köper försäkringen. När du har varit behandlingsfri i 24 månader tillämpas inte begränsningen längre.

För att få försäkring måste du vara fullt arbetsför.

Fullt arbetsför 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
- inte varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste tre månaderna.

Är du fullt arbetsför?

anställd/medlem

Ja  Nej

make/sambo

Ja  Nej

## Underskrift

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om Sjukvårdsförsäkring. De uppgifter jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Ansökan ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.

Datum	E-postadress	Telefon dagtid
Namnteckning anställd/medlem		Namnteckning make/sambo

Förköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på [lansforsakringar.se/halsa](http://lansforsakringar.se/halsa). Du kan också få dem av din gruppöreträdare. Du kan även kontakta oss på Länsförsäkringar Hälsa via e-post: [info.halsa@lansforsakringar.se](mailto:info.halsa@lansforsakringar.se).