

Förenade Liv Gruppförsäkring AB, 106 60 Stockholm.

E-post: kund@forenadeliv.se Tel: 08-700 42 81 Fax: 08-700 42 80

Gruppavtalsnummer	Redovisningsenhetsnr	Administrationsenhetsnr
-------------------	----------------------	-------------------------

**Anvisningar**

- En radsiffra avser en person.
- Vänta med att registrera personens nya försäkring hos dig tills du fått en förändringslista från Förenade Liv där ändringen framgår.
- Fyll i personens ändringar av försäkringsuppgifter: Skriv **N** och belopp/antal vid nya försäkringar och **B** vid borttagna i respektive kolumn. Glöm inte att bifoga hälsodeklaration när det behövs, läs mer i avtalets förköpsinformation.
- Försäkring som ska upphöra, gör det månadsskiftet efter att Förenade Liv fått ändringsanmälan. Ska annat datum gälla, ange det under rubriken Kompletteringar.
- Långlediga kan få avier i stället för löneavdrag. Ange **L** för Långledig och **T** för Tillbaka, samt datum i kolumnen Långledig/Tillbaka.
- Anmälan ska vara Förenade Liv tillhanda senast den 25:e i månaden innan ändring ska börja gälla.

**Personuppgifter**

Gruppmedlems personnr (10 siffror)	Efternamn och tilltalsnamn/ Medförsäkrad, ange personnr	Anställningsnr/ Medlemsnr	Anställd/Medlem fr o m datum	Anställning/ Medlemsskap upphör fr o m datum	Långledig (L) Tillbaka (T) fr o m datum
1					
2					
3					
4					
5					

**Försäkringsuppgifter**

Liv pbb, kr	Olycksfall heltid/fritid pbb, kr	Diagnos pbb, kr	Sjuk kr per månad	Sjukvård	Gruppolycksfall på arbetstid	TGL	Barnförsäkring pbb, kr
1							
2							
3							
4							
5							

**Kompletteringar** till motsvarande radnummer ovan

1	
2	
3	
4	
5	

**Undertecknad bekräftar att de som är nyanmälda och de som utökar sitt försäkringsskydd är fullt arbetsföra (enl definition i Villkor för grupp-försäkring) och även i övrigt uppfyller villkoren för anslutning.**

Företagets/Organisationens namn		Telefon, även riktnr
Datum	Arbetsgivare/Företrädare för gruppen	E:post