

## Ansökan om ersättning – Sjukdom

Ansökan om ersättning kan du enkelt göra på webben.  
Gå in på [forenadeliv.se/ersattning](http://forenadeliv.se/ersattning)

Företag/arbetsgivare eller fackförbund	Avtal nr
--	----------

### 1. Personuppgifter

Namn (gruppmedlem)		Personnummer (gruppmedlem)
Namn (medförsäkrad, fylls bara i om ansökan avser medförsäkrad)		Personnummer (medförsäkrad)
Adress	Postnummer och ort	
E-post	Telefonnummer	

### 2. Utbetalningssätt

Bankkonto/Personkonto	Clearingnr	Kontonummer
Bank		

### 3. Sjukförmåner

Hur är du anställd vid sjukskrivningens början? (yrkesverksamhet)		
<input type="checkbox"/> statlig tjänst	<input type="checkbox"/> kommunal eller landstingstjänst	<input type="checkbox"/> privat tjänst
<input type="checkbox"/> egen företagare	<input type="checkbox"/> arbetslös fr o m	
Omfattas du av kollektivavtal genom din anställning?		Om "Ja" är du berättigad till ersättning därifrån?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### 4. Uppgifter om arbetsförmågan

Arbetsförmågan fr o m (datum då sjukperioden startade)	Sjukdomens eller olycksfallsskadans art (diagnos)	När märktes de första symtomen?
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange när fr o m t o m	Sjukdomens namn
På vilken vårdinrättning behandlas du nu? Vårdinrättningens namn, avdelning och adress.		
Har du någon annan ersättning än sjukpenning – t ex 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 i dag fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja, sedan den <input type="checkbox"/> Nej		
Har du tidigare fått förtidskapital, sjukbidragsskapital eller sjukkapital? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du någon annan sjukförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" vilket bolag?	Försäkringsnummer

#### Viktigt!

Bifoga till denna ansökan kopia av senaste läkarintyg

### 5. Underskrift

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Om jag är medförsäkrad i egenskap av make/ maka eller sambo, intygar jag samtidigt att jag är gift eller sammanboende under äktenskapsliknande förhållande med gruppmedlem

Datum	Namnsteckning	Telefonnummer
-------	---------------	---------------

Nästa sida fylls i av gruppföreträdare för självadministrerande avtal

## Följande uppgifter fylls i av gruppföreträdare vid självadministrerade grupper

Nuvarande omfattning inklusive tidigare ändringar	Anslutningsdatum	Försäkringsbelopp	Anslutning på full arbetsförhet	Anslutning med hälsodeklaration
Sjuk				
Sjuk				
Sjuk				
Sjuk				
Ange sjukpremie:	Premie betald till den		Avregistrerad:	
			år	mån

## Gruppföreträdarens underskrift

Datum	Telefonnummer	E-postadress
Gruppföreträdarens underskrift		Namnförtydligande

## Behandling av personuppgifter

Förenade Livs verksamhet är gruppförsäkring och står under tillsyn av Finansinspektionen. Personuppgifterna används för förvaltning av gruppavtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten – såsom premieberäkning, skadereglering och statistik. Uppgifterna behandlas med sekretess, i enlighet med Förenade Livs etiska regler.

Adressuppgifter och uppgifter om försäkringsavtalet hanteras i ett försäkringsregister för rationell administration och information. Vid felaktigheter i registrerade uppgifter kontakta Kundtjänst. Vill du beställa utdrag ur Förenade Livs register skriv till: Registerutdrag, Förenade Liv, 106 60 Stockholm.