

## Ansökan om ersättning Förtidskapital

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	
Har den försäkrade barn under 20 år? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – ange personnummer på yngsta barnet:		

### 2. Utbetalningssätt

Bankkonto/Personkonto	Clearingnr	Kontonummer
Bank		

### 3. Uppgifter om arbetsförmågan

Arbetsförmågan beror på  sjukdom  olycksfall

Arbetsförmågan fr o m (datum då sjukperioden startade)	Sjukdomens eller olycksfallsskadans art (diagnos)	När märktes de första symtomen?
Tidsbegränsad sjukersättning har beviljats fr o m (datum)	Aktivitetsersättning har beviljats fr o m (datum)	Sjukersättning har beviljats fr o m (datum)
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		
Har du någon vilande ersättning, lönebidragsanställning eller av hälsoskäl fått ett anpassat arbete? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

#### Viktigt! Bifoga till denna ansökan

- Kopia av samtliga beslut om tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning eller sjukersättning som du har fått från Försäkringskassan.
- Kopia av den föredragningspromemoria som ligger till grund för Försäkringskassans beslut, om sådan har skapats.

### 4. 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	Namnteckning	Telefonnummer

Nästa sida fylls i av gruppföreträdare för självadministrerande avtal

### 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.

Följande uppgifter fylls i av gruppföreträdare vid självadministrerade grupper

**Bekräftelse av försäkringstillhörighet**

Gruppmedlemmen är anställd/medlem sedan	Premien betald t o m
Företag/arbetsgivare/förbund	Telefonnummer

**Försäkringens omfattning**

Fyll <b>inte</b> i skuggade fält	Anslutningsdatum		Försäkringsbelopp		Månadspremie		
	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	GM	MF	Barn
LIV - grund							
- tillval							
- tillval							
- tillval							
SJUK - grundbelopp			Karens:				
- höjningsbelopp			Karens:				
OLYCKSFALL - heltid							
- fritid							
invaliditetstillägg - heltid							
BARNSJUK							
BARNOLYCKSFALL							
FAMILJESKYDD							
Månadslön: (Fylls endast i om försäkringsbeloppet är lönebaserat) kr			Vid insjuknandet kr		Vid pensionstillfället kr		

**Gruppföreträdarens underskrift**

Datum	Telefonnummer	E-postadress
Gruppföreträdarens underskrift		Namnförtydligande