

Ansökan om premiefrielse

Ansökan om ersättning kan du enkelt göra på webben.
Gå in på forenadeliv.se/ersattning

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

1. Personuppgifter

Namn (gruppmedlem)		Personnummer (gruppmedlem)
Civilstånd <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> sambo sedan (datum)		
Adress		Postnummer och ort
E-post		Telefonnummer

2. Uppgifter om arbetsoförmågan

 Arbetsoförmågan beror på sjukdom olycksfall

Arbetsoförmågan fr o m (datum då sjukperioden startade)	Sjukdomens eller olycksfallsskadans art (diagnos)	
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 vilande ersättning, lönebidragsanställning eller av hälsoskäl fått ett anpassat arbete? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

3. Vid återbetalning av premie

 Vid eventuell återbetalning av premie, var god ange bank samt clearing- och kontonummer.

Bankkonto/Personkonto	Clearingnr	Kontonummer
Bank		

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.

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 när rätt till premiefrielse inträder

Fyll inte i skuggade fält	Anslutningsdatum		Försäkringsbelopp	
	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad
LIV - grundbelopp				
LIV - tilläggsbelopp				
LIV - tilläggsbelopp				
SJUK - grundbelopp			Karens:	
- höjningsbelopp			Karens:	
OLYCKSFALL - heltid				
- fritid				
invaliditetstillägg - heltid				
- höjningsbelopp				
BARNSJUK				
BARNOLYCKSFALL				
FAMILJESKYDD			pbb	pbb
Månadslön: (Fylls endast i om försäkringsbeloppet är lönebaserat) kr			Vid insjuknandet kr	Vid pensionstillfället kr

Gruppföreträdarens underskrift

Datum	Telefonnummer	E-postadress
Gruppföreträdarens underskrift		Namnförtydligande