

## Ansökan om gruppförsäkring år 2026 Avtal 1954, enhet 52205 Östhammars Kommun

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 själv ansöka eller ändra dina försäkringar på [www.lansforsakringar.se/ansokgruppforsakring](http://www.lansforsakringar.se/ansokgruppforsakring) För inloggning krävs BankID, gruppavtalsnummer och enhetsnummer. Du har tre månaders kostnadsfri försäkring från och med din anställningsdag, oavsett nivå på försäkringen.

Prisbasbelopp (Pbb) 59 200

### LIVFÖRSÄKRING

Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie			Jag anmäler	
	16-35 år	36-50 år	51-67 år	GM	MF
<b>592 000 (10 Pbb)</b>	<b>49</b>	<b>80</b>	<b>264</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 184 000 (20 Pbb)	99	162	529	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 776 000 (30 Pbb)	147	243	791	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SJUKKAPITALFÖRSÄKRING

Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie			Jag anmäler	
	16-35 år	36-50 år	51-67 år	GM	MF
<b>592 000 (10 Pbb)</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>64</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 184 000 (20 Pbb)	22	38	126	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 776 000 (30 Pbb)	34	55	182	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### MÅNATLIG SJUKFÖRSÄKRING

Försäkringsbelopp, kr/mån	Månadspremie			Jag anmäler	
	16-35 år	36-50 år	51-67 år	GM	MF
<b>1 000</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 500	36	39	62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 100	48	63	83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 500	64	66	110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 500	77	85	137	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DIAGNOSFÖRSÄKRING

Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie			Jag anmäler	
	16-35 år	36-50 år	51-67 år	GM	MF
<b>59 200 (1 Pbb)</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie		Jag anmäler	
	16-35 år	36-50 år	GM	MF
<b>1 776 000 (30 Pbb)</b>	<b>66</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 960 000 (50 Pbb)	92		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### BARNFÖRSÄKRING

Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie		Jag anmäler	
	oavsett antal barn		GM	MF
1 776 000 (30 Pbb)	139		<input type="checkbox"/>	
2 960 000 (50 Pbb)	213		<input type="checkbox"/>	

**Fortsätt på nästa sida!**

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 516401-6692, Styrelsens säte: Stockholm  
Länsförsäkringar AB (publ), organisationsnummer 502010-9681, Styrelsens säte: Stockholm

**Postadress**

106 50 Stockholm

**Affärsenhet**

Sak

**Telefon**

08-588 427 00

**E-post**

info.halsa@lansforsakringar.se

lansforsakringar.se

**Ansökan om gruppförsäkring år 2026**  
**Avtal 1954, enhet 52205 Östhammars Kommun**

**Vänd dig i första hand till din gruppföreträdare:**  
Charlotte Meldgaard

Blanketten skickas till: Länsförsäkringar Mäklarservice, Försäljningssupport, FE 1643, 839 82 Östersund

**Fortsätt på nästa sida!**

## Hälsodeklaration - Gruppförsäkring

	Personnummer anställd/medlem GM	Personnummer make/sambo MF
1. Är du fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Fullt arbetsför är den som</b> - 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.		
Svara på frågorna nedan	<i>När det gått tre månader eller mer sedan du anställdes/blev medlem eller när du söker:</i> - livförsäkring över 10 prisbasbelopp - sjukkapitalförsäkring över 10 prisbasbelopp - månatlig sjukförsäkring över 1500 kronor eller har fyllt 60 år	<i>När du söker:</i> - livförsäkring - sjukkapitalförsäkring - månatlig sjukförsäkring
2. Har du under de <b>senaste tre åren</b> varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad i följd? Om « <b>Ja</b> » ange sjukskrivningsperiod och diagnos/besvär.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Använder du eller har du under de <b>tre senaste åren</b> använt eller blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Om « <b>Ja</b> » ange namnet på läkemedlet, orsaken till medicinerat samt den period du medicinerat.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du under de <b>tre senaste åren</b> behandlats (gäller även läkemedel), kontrollerats eller undersökts på grund av sjukdom, skada eller handikapp? Om « <b>Ja</b> », ber vi dig svara på frågorna 4a-4d nedan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4 a Vad heter sjukdomen eller besvären? Beskriv sjukdomen/bsvären och ange vilket datum du först blev sjuk/fick besvär.		
4 b När behandlades/undersöktes du senast? Ange år och månad.		
4 c Vilken vårdgivare har du anlitat för dessa besvär? Ange namn och mottagningsadress eller sjukhus/sjukvårdsinrättning/klinik/avdelning.		
4 d Är du symtomfri? Om « <b>Ja</b> », ange från när (år och månad). Om « <b>Nej</b> », ber vi dig beskriva kvarvarande besvär/symtom.	<input type="checkbox"/> Ja År: _____ Månad: _____ <input type="checkbox"/> Nej, beskriv kvarvarande besvär	<input type="checkbox"/> Ja År: _____ Månad: _____ <input type="checkbox"/> Nej, beskriv kvarvarande besvär

## Underskrift - Ansökan

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om gruppförsäkring. 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. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan återopas av mig. Ansökan ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftdatum.

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, Personrisk/Hälsa via e-post: [info.halsa@lansforsakringar.se](mailto:info.halsa@lansforsakringar.se).