

Försäkring/ Gruppavtal	Försäkringsnr/Gruppavtalsnr (se försäkringsbeskedet)		
Anmälan avser	Efternamn och förnamn		Personnummer
	Utdelningsadress		Telefon dagtid, även riktnr
	Postnr och ortnamn		Telefon kvällstid, även riktnr
	Medlemmens namn	Medlemmens personnummer	Mobiltelefonnr
Utbetalning	Vi gör vår utbetalning via Swedbank. Har du ett konto där sätts pengarna automatiskt in på det. Du kan också ansluta ett konto hos en annan bank till Swedbanks utbetalningssystem, kontakta i så fall Swedbank. Finns det inte något konto registrerat, får du istället en utbetalningsavi.		
Uppgifter om sjuk- domen och arbetsför- måga/sjuk- skrivning	Sjukdomens namn, diagnos		
	Arbetsförmögen/sjukskriven	Datum. fr o m - t o m	
	<input type="checkbox"/> Hel (100 %)	
	<input type="checkbox"/> 3/4 (75 %)	
	<input type="checkbox"/> 1/2 (50 %)	
	<input type="checkbox"/> 1/4 (25 %)	
	OBS! Bifoga med denna anmälan ett intyg från försäkringskassan (så kallad O37-bild) om utbetald ersättning för hela sjukperioden.		
Har du under de senaste 24 måna- derna, före ovan angivna sjuk- period, av hälsoskäl haft lättare eller anpassat arbete?	Om "Ja", under vilken tid och typ av arbete		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Aktivitetsersättning/Tidsbegränsad sjukersättning har beviljats fr o m datum		Sjukersättning har beviljats fr o m datum	
Finns annan sjukförsäkring?		Om "Ja", ange försäkringsbolagets namn och skadebeteckning	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Komplette- ringar		
Underskrift	Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga.		
	Datum	Underskrift	
		
Intyg från gruppen/ fackförbundet/ arbetsgivaren (Gäller endast vid obligatorisk gruppförsäkring)	Härmed intygas att gruppmedlemmen/medförsäkrad/den anställda tillhörde angiven försäkring när olycksfallsskadan/sjukdomen inträffade.		
	Medlem i fackförbundet/anställd fr o m, datum	Fackföreningens namn (stämpel)/Arbetsgivarens namn	
		
	Gruppföreståndares namn, telefonnummer och adress	Fackföreningens namn (stämpel)/Arbetsgivarens namn	
		
Övrigt	Folksams behandling av personuppgifter Ansvarig för behandling av dina personuppgifter är de Folksambolag du har försäkringsavtal med. För utdrag ur Folksams register skriv: Folksam, Registerutdrag, 106 60 Stockholm. Vid fel i registrerade personuppgifter, kontakta Kundtjänst på närmaste Folksamkontor.		

