

Avser barn till och med utgången av den månad barnet fyller 18 år
Barnskydd ingår i försäkrads Grupplivförsäkring med förtidskapital

Uppgifter

Företag/arbetsgivare/förening/förbund		Gruppavtal nummer
Försäkrade barnets namn		Försäkrade barnets personnummer
Gruppmedlems namn		Gruppmedlems personnummer
Medförsäkrads namn (om barnet inte är barn till gruppmedlem)		Medförsäkrads personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)	
Barn till		
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem och medförsäkrad <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad make/registrerad partner/sambo		
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? Om "Nej", ange annan adress <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ersättning vid arbetsförmåga		
Försäkringsbeloppet för barns ekonomiska invaliditet betalas ut om barnet före 18 års ålder drabbas av arbetsförmåga och under fyra år från försäkringens sluttidpunkt 18 år varit oavbrutet helt (100 procent) arbetsförmöget och arbetsförmågan av Länsförsäkringar bedöms som bestående. Utbetalning kan efter prövning ske <i>tidigast</i> när barnet fyllt 16 år.		
Under vilken tid har barnet varit arbetsförmöget?		Har du/ni fått vårdbidrag för barnet?
Fr o m	T o m	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (sänd in samtliga intyg från Försäkringskassan)

Kontouppgifter

Utbetalning av belopp överstigande två prisbasbelopp till omyndig ska sättas in på ett överförmyndarspärret konto		
Bankens namn och ort		
Clearingnummer	Kontonummer	Personkontonummer

Beloppet betalas tidigast när barnet fyllt 16 år.

Underskrifter

Jag försäkrar, i egenskap som förälder och vårdnadshavare, på heder och samvete att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt samt försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa, Polismyndighet och Statistiska Centralbyrån) får lämna bolaget de upplysningar som bolaget behöver för bedömning av (mina) ersättningsanspråk.

Datum	Gruppmedlemmens namnteckning	Gruppmedlemmens namnförtydligande
Datum	Medförsäkrads namnteckning	Medförsäkrads namnförtydligande

Nedanstående uppgifter ska fyllas i och undertecknas av den som sköter försäkringen för företaget/förbundet.

Premie för grupplivförsäkringen betald till och med? (år och månad)		
Jag bekräftar att uppgifterna ovan är riktiga.		
Gruppmedlem anslöts till grupplivförsäkringen? (år och månad)	Medförsäkrad anslöts till grupplivförsäkringen? (år och månad)	
Ort och datum	Företag/Arbetsgivare/Förening/Förbund/Mäklare	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)	
Gruppföreträdarens/arbetsgivarens/mäklarens underskrift	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens/mäklarens namnförtydligande	

Blanketten skickas till:
Länsförsäkringar
Affärsområde Hälsa
Gruppliv
106 50 Stockholm

Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ). org.nr 516401-6692
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ). org.nr 502010-9681

Telefon
08-588 431 50

E-postadress
grupp@lansforsakringar.se

Webb
www.lansforsakringar.se/grupp