

Ändringsanmälan

Företagsbetald försäkring

Skickas till:
Trygg-Hansa
Care Kundsupport
106 26 Stockholm

TRYGG  **HANSA**

Gruppavtalsnummer

Administrationsenhet nummer

Redovisningsenhet nummer

Markera i fältet "Sjukvård" och/eller "REHAB" vad ändring avser

N = Nyanmälan

B = Produkten ska tas bort från angivet datum (alltid den första i varje månad).

Skicka in anmälan så att vi har den senast månadens sista dag, så kommer ändringar med på förändringslistan för nästkommande månad.

	Personnummer	Efternamn och förnamn	Sjukvård							REHAB	Kollektiv olycksfall	Liv	Orsak till utträde: t.ex. anställning upphört	Inträdes/Utträdes datum
			Grund	Stor	Operation	Olycksfall								
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														

Annat meddelande

Fullt arbetsför

För att kunna räknas som fullt arbetsför ska den person som ansöker om försäkring

- kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan begränsningar,
- inte ta emot eller ha rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionsnedsättning eller ha vilande sådan ersättning,

- inte ha lönebidragsanställning eller liknande anställning, eller av hälsoskäl ha fått anpassat arbete.

Den person som inte är fullt arbetsför vid tidpunkten för tecknandet omfattas av försäkringen först efter 30 dagars full arbetsföret.

Underskrift

Datum	Företagets/organisationens namn	Organisationsnummer	Underskrift av företrädaren för gruppen	Telefon (inkl riktnummer)
-------	---------------------------------	---------------------	---	---------------------------

Undertecknad bekräftar att de som är nyanmälda är fullt arbetsföra och även i övrigt uppfyller villkoren för anslutning. För Sjukvård Olycksfall krävs inte arbetsföret.

För information om hur vi behandlar dina personuppgifter, se nästa sida. →

Frågor? Ring oss gärna på 0771-111 690.

Instruktioner för att fylla i blanketten

1. Fyll i numret på gruppavtalet, administrationsenheten och redovisningsenheten.
2. Fyll i persondata för den som ska teckna/säga upp försäkringar.
3. Fyll i personens ändringar.
4. Markera vilka/vilken försäkring ändringen avser.
5. Försäkringar som ska upphöra att gälla gör detta vid månadskiftet efter att vi har fått in ändringsanmälan.
Vid framtida utträdesdatum, ange detta i rutan "Utträdesdatum".

Har du några frågor kan du vända dig till Trygg-Hansa på 0771-111 690 eller e-posta till foretag@trygghansa.se

Så behandlar vi dina personuppgifter

Trygg-Hansa Försäkring filial är personuppgiftsansvarig för behandlingen av dina personuppgifter. Vi behandlar dina personuppgifter för att kunna kontakta dig i din egenskap av kontaktperson för ditt företag.

Läs gärna hela vår "Information om behandling av personuppgifter" på trygghansa.se/personuppgifter. Där kan du bland annat se vilka uppgifter vi använder för vilka ändamål, vilka parter vi delar dina uppgifter

med och vilka rättigheter du har gällande dina personuppgifter.