



FORSIKRINGSTAKER

Fornavn	Etternavn	Fødselsnummer
Adresse	Postnummer/-sted	Avtalenummer
Telefon	E-post	Kontonummer (for eventuell utbetaling)
Arbeidsgiver(e)	Stilling/yrke	

OPPLYSNINGER OM ARBEIDSUFØRHEIT

Årsak til uførheten:

Dato for når sykdommen/skaden oppstod

Nåværende uføregrad i %

Navn og adresse til legen som behandler deg for arbeidsuførheten

Eventuelt andre utfyllende opplysninger (Benytt gjerne eget ark ved behov)

Arbeidstakeren har vært arbeidsufør i perioden

F.o.m. dag/mnd./år	T.o.m. dag/mnd./år

I denne tiden har arbeidstakeren:

<input type="radio"/> Ikke arbeidet	<input type="radio"/> Utført annet arbeid	<input type="radio"/> Delvis utført sitt vanlige arbeid med arbeidstid (skriv inn prosent):	<input type="text" value=""/>	%
<input type="radio"/> Ikke arbeidet	<input type="radio"/> Utført annet arbeid	<input type="radio"/> Delvis utført sitt vanlige arbeid med arbeidstid (skriv inn prosent):	<input type="text" value=""/>	%
<input type="radio"/> Ikke arbeidet	<input type="radio"/> Utført annet arbeid	<input type="radio"/> Delvis utført sitt vanlige arbeid med arbeidstid (skriv inn prosent):	<input type="text" value=""/>	%

Har du søkt om ytelser fra NAV?
Arbeidsavklaringspenger, uførepensjon eller annet?

Ja Nei Hvis ja, oppgi status:

Forventer du å komme tilbake i arbeid eller øke din arbeidsevne?

Ja Nei Hvis ja, oppgi forventet dato og arbeidsevne (prosent):

VEDLEGG

Sykepengeattester skal legges ved

FULLMAKT

Jeg erklærer at skjemaopplysninger er gitt så nøyaktig som mulig. Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikrede mister ethvert erstatningskrav mot selskapet. Undertegnede samtykker i at forsikringsgiver og samarbeidspartnere innhenter nødvendige opplysninger for å ta stilling til erstatningskravet.

Dersom det foreligger tilleggsdokumentasjon, vennligst bruk kontaktopplysningene under. Husk å merke konvolutten med ditt avtalenummer.

Dato

Sted

Signatur