

Personlig erklæring Ansøgning om ydelser ved sygdom

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefritagelse ved tab af erhvervsevnen.

Personlige oplysninger

Navn:		
Adresse:	Postnummer:	By:
CPR-nummer:	Forsikringsnummer:	
Telefonnummer:	E-mail:	
Arbejdsgiver:		

Information

Alle spørgsmål skal besvares. Hvis der ikke er plads, så vedlæg venligst et bilag. Sætter du kryds ved JA, så uddyb venligst i svarrubrikken til højre.

Spørgsmål

		Årsag?
1	<p>Var du fuldstændig rask og arbejdsdygtig da arbejdsudygtigheden indtraf?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	
2	<p>Hvilke sygdomme lider du af / hvilket ulykkestilfælde er sket?</p>	
3	<p>Hvornår mærkede du de første symptomer på sygdommen / følger af ulykken?</p>	

<p>4</p> <p>Har du tidligere haft samme eller lignende sygdom / symptomer?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvorfor?</p>
<p>5</p> <p>Er du sygemeldt</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, oplys dato for første sygedag, eventuelt sygeperioder:</p> <p>Hvis JA, hvornår forventer du at genoptage arbejdet helt eller delvis?</p> <p>Dato: _____ Antal timer ugentligt: _____</p>
<p>6</p> <p>Modtager du sygedagpenge?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, oplys dato for udbetaling:</p> <p>Hvis Nej, hvorfor ikke?</p>
<p>7</p> <p>Er du blevet behandlet for din lidelse?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, oplys hvilket hospital og afdeling, speciallæge, læge samt hvornår behandlingen foregik:</p>
<p>8</p> <p>Hvad er din stilling/ dit erhverv?</p>	
<p>9</p> <p>Er du opsagt fra din stilling?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, oplys fratrædelsesdato:</p>
<p>10</p> <p>Hvorledes påvirker sygdommen din erhvervsevne?</p>	<p>Beskriv venligst:</p>
<p>11</p> <p>Har du mulighed for nedsat arbejdstid?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	
<p>12</p> <p>Er der planer om arbejdsprøvning?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis Ja, oplys fra hvornår:</p>
<p>13</p> <p>Er der planer om revalidering?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis Ja, oplys fra hvornår:</p>
<p>14</p> <p>a. Er du indstillet til offentlig førtidspension?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>b. Blev den bevilget?</p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, oplys dato:</p> <p>Ved JA - vedlæg venligst kopi af kendelse.</p>

15 Hvilken kommune tilhører du?	Oplys venligst navn og adresse på kommune:
16 Oplys navn og adresse på din praktiserende læge.	
17 Er du forsikret andet sted? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, oplys hvor:

Lønmodtager

18 Hvor stor er din indkomst pr. måned for øjeblikket?	Skriv månedligt beløb før skat:
19 Hvor stor var din indkomst pr. måned før arbejdsudygtigheden indtraf?	Skriv månedligt beløb før skat:

Selvstændige

20 Hvis det er første gang du ansøger om udbetaling og/eller præmie-fritagelse, skal du vedlægge din årsopgørelse for de sidste 3 år.	Kopi af årsopgørelser vedlægges. <input type="checkbox"/>
---	--

Skatteoplysninger

21 Norli Pension modtager oplysning om dit skattekort direkte fra SKAT.

Udbetalingsoplysninger

Vi overfører pengene til din NemKonto.	
22 Ønsker du ikke at få pengene på din NemKonto?	Oplys et registrerings- og kontonummer:

Underskrift

Jeg erklærer hermed, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielser har fundet sted. Dato: _____ Underskrift: _____	
---	--