

## Kravet gjelder individuell forsikring

Personforsikring 

## Kravet gjelder gruppeliv

Gruppeliv  Se også baksiden

## Personopplysninger

Forsikredes navn		Fødselsnummer	Telefonnr. privat
Adresse		e-post	
Postnr.	Poststed	Bostedskommune	
Stilling/yrke		Arbeidsgiver	
Jeg ønsker at evt. utbetalt erstatning settes på min konto		Kontonummer	Ønsket skattetrekk (Gjelder kun ved utbetaling av uførepensjon) Legg ved skattetrekksmelding
			Oppgi prosent

## Årsak til arbeidsuførheten

Redegjør kort for årsaken:  
Evt. benytt baksiden for utfyllende opplysninger

Når begynte sykdommen?	Dag Mnd År	Oppgi første sykmeldingsdag	Dag Mnd År	Hvis ulykke Oppgi skadedato	Dag Mnd År
------------------------	------------	-----------------------------	------------	--------------------------------	------------

## Legebehandling

Når ble lege første gang kontaktet for dette?	Dag Mnd År	Legens navn og adresse
Primærlege	Dag Mnd År	Legens navn og adresse
Sykehusopphold	Dag Mnd År	Sykehusets og legens navn og adresse

## Syke-/uføregrad

Syke-/uføregrad %	Dag Fra Mnd År	Dag Til Mnd År	Syke-/uføregrad %	Dag Fra Mnd År	Dag Til Mnd År	Jeg forventer å begynne i
%			%			<input type="checkbox"/> mitt vanlige arbeid
%			%			<input type="checkbox"/> annet arbeid
						Dag Mnd År

## Krav om utbetaling er sendt

NAV	NAV kontor	Kravet gjelder	<input type="checkbox"/> Sykepenger	<input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger	<input type="checkbox"/> Uføretrygd
Andre forsikringselskap	Navn/skadenr	Navn/skadenr			

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

## Utfyllende opplysninger

Fylles bare ut hvis kravet gjelder GRUPPELIV

<b>Sivilstand</b>	<input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer  <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/ Enkemann
<b>Barn</b>	Har du barn under 21 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei    Hvis ja, send med kopi av fødselsattest
<b>Navn på ektefelle/samboer</b>	Navn _____ Fødselsnummer (11 siffer) _____ Ved registrert partnerskap vedlegges dokumentasjon. Ved samboerskap vedlegges bostedsbevis fra folkeregisteret

Fremtind Livsforsikring AS  
Telefon: 915 02300  
Boks 778, Sentrum 0106 OSLO  
Foretaksregisteret NO 922 246 181