

Avtalenummer:

Opplysninger om forsikringstaker(arbeidsgiver)

Navn:		Organisasjonsnummer:
Adresse:		Bransje:
Postnummer/Poststed:	Telefon:	Kontaktperson:

Opplysninger om skadelidte

Navn:		Fødselsnummer(11 siffer):
Privatadresse:		Telefon,privat:
Postnummer/poststed:		Telefon,mobil:
Yrke/Stilling:	Ansattdato:	Bankkontonummer:
Gruppe i avtalen:		Årslønn kr:

Dersom meldingen gjelder yrkessykdom

Årsak/diagnose til yrkessykdommen:

Første gang du søkte legehjelp for yrkessykdommen:

Er yrkessykdommen meldt NAV?:

☐ Ja ☐ Nei

Arbeidstakeren har vært arbeidsufør i perioden

F.o.m. dato	T.o.m. dato	I denne tiden har arbeidstakeren:
		☐ ikke arbeidet ☐ Utført annet arbeid ☐ Delvis utført sitt vanlige arbeid med arbeidstid:
		☐ ikke arbeidet ☐ Utført annet arbeid ☐ Delvis utført sitt vanlige arbeid med arbeidstid:
		☐ ikke arbeidet ☐ Utført annet arbeid ☐ Delvis utført sitt vanlige arbeid med arbeidstid:

Skyldes uførheten:	☐ Ulykke ☐ Sykdom
--------------------	---

Underskrift

Sted/dato:
Forsikringtakers underskrift:
Skadelidtes underskrift:

Ferdig utfylt skjema sendes til DNB Livsforsikring AS, Postboks 7500 - 5020 Bergen.

