

# MELDING FRA FORSIKRINGSTAKER (ARBEIDSGIVER/FORENING/ FORBUND ETC) OM:

## RETURADRESSE

Storebrand Livsforsikring AS  
Professor Kohts vei 9  
Postboks 500  
1327 Lysaker

Gjør det enkelt - send inn dette skjemaet  
via internett.

se [www.storebrand.no](http://www.storebrand.no)  
> velg Bedriftsportalen

## Kollektiv pensjon

KONTRAKTNR.

ARBEIDSUFØRHET/DØDSFALL

## Personalforsikring

KONTRAKTNR.

GRUPPELIV

ANNEN SYKDOM

YRKESULYKKE/-SYKDOM

FRITIDSULYKKE

KRITISK SYKDOM

LISENSFORSIKRING

SYKEAVBRUDD

SYKELØNN

## 1. Opplysning om forsikringstaker(arbeidsgiver/forbund/forening etc.)

NAVN	KONTAKTPERSON	TELEFON
ADRESSE	POSTNUMMER/STED	

## 2. Opplysninger om forsikrede

NAVN	FØDSELSNUMMER	ÅRSLØNN
ADRESSE	POSTNUMMER/STED	STILLING/TITTEL

ANSATT FRA (DD/MM/ÅÅ)	ANSETTELSESFORHOLD			
	FAST	MIDLERTIDIG	HELTID	DELTID (%)

MEDLEM FRA: DD/MM/ÅÅ

SKADEDATO: DD/MM/ÅÅ

Besvares kun der forsikringstaker er  
forening / forbund.

Besvares ved ulykkesskade.

## 3. Opplysninger om arbeidsuførhet

Arbeidstaker er for tiden:	HELT SYKMELDT/ARBEIDSUFØR	DELVIS SYKMELDT/ARBEIDSUFØR	IKKE SYKMELDT/ARBEIDSUFØR
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------

### Oversikt over sykefravær

FRA (DD/MM/ÅÅ)	TIL (DD/MM/ÅÅ)	UFØREGRAD (%)
----------------	----------------	---------------

MAKS. DATO FOR SYKEPENGER (DD/MM/ÅÅ)

HAR ARBEIDSTAKEREN VÆRT ARBEIDSUFØR TIDLIGERE?	Ja	Nei	HAR ARBEIDSTAKEREN FORSØKT AKTIV SYKMELDING?	Ja	Nei	HAR ARBEIDSTAKEREN FORSØKT GRADERT SYKMELDING?	Ja	Nei
			DERSOM SVARET ER JA PÅ SPØRSMÅL OM TIDLIGERE ARBEIDS- UFØRHET, OPPGI TIDSROM FOR ARBEIDSUFØRHETEN.		HVILKE ARBEIDSOPPGAVER KAN ARBEIDSTAKER FORTSATT UTFØRE?			
HAR ARBEIDSTAKEREN FORSØKT BEDRIFTSINTERN ATTFØRING?	Ja	Nei						

#### 4. Spesielt ved yrkesskade (ulykke / sykdom)

##### Alle yrkesskader skal meldes til NAV

ER MELDING OM YRKESKADE SENDT NAV	Ja	Nei	ER SKADEN MELDT TIL ARBEIDS- TILSYNET	Ja	Nei	Kopi av skademeldingen som er sendt NAV bes vedlagt.
--------------------------------------	----	-----	--	----	-----	---

#### 5. Opplysninger ved dødsfall

DØDSDATO (DD/MM/ÅÅ)			HVIS IKKE, SYK FRA (DD/MM/ÅÅ)
	Gjelder gruppeliv:	ARBEIDSDYKTIG PÅ DØDSDATO	
EKTEFELLES NAVN		FØDSELSNUMMER	KONTONUMMER
ADRESSE		POSTNUMMER/STED	
FRASKILT EKTEFELLES NAVN		FØDSELSNUMMER	KONTONUMMER
ADRESSE		POSTNUMMER/STED	
SAMBOERS NAVN		FØDSELSNUMMER	KONTONUMMER
ADRESSE		POSTNUMMER/STED	
<b>Barn</b>			
FØDSELSNUMMER	BARNETS NAVN	ADRESSE	
FØDSELSNUMMER	BARNETS NAVN	ADRESSE	
ANDRE ETTERLATTE (NAVN)		FØDSELSNUMMER	KONTONUMMER
ADRESSE	POSTNUMMER/STED	SLEKTSKAP	

#### Dato og underskrift

STED, DATO:

UNDERSKRIFT OG STEMPEL ARBEIDSGIVER

STED, DATO:

UNDERSKRIFT ANSATT/ETTERLATTE

EVENTUELLE KOMMENTARER