

Oplysninger om dig

Dit fulde navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr. og by
Telefon	E-mail
Stilling	
Beskriv dit arbejde	

1	<p>Er du fuldstændig arbejdsdygtig? (med fuldstændig arbejdsdygtig menes, at du kan udføre dit arbejde på normale vilkår på samme måde som andre i tilsvarende job)</p>	<p>JA NEJ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis nej, hvorfor ikke?</p> <hr/>
2	<p>Har du bedt din kommune vurdere, om du kan få et fleksjob, er du indstillet til eller ansat i fleksjob, under revalidering, forrevalidering eller arbejdsprøvning, arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager, eller er der indgået en særlig aftale med din arbejdsgiver med hensyn til dagpengeforpligtelsen (§ 20 - 56 i Lov om dagpenge ved sygdom)?</p>	<p>JA NEJ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja: Hvad er der tale om?</p> <p><input type="checkbox"/> Fleksjob <input type="checkbox"/> Under revalidering <input type="checkbox"/> Forrevalidering</p> <p><input type="checkbox"/> Arbejdsprøvning <input type="checkbox"/> Særlig aftale vedr. dagpengeforpligtelsen</p> <p><input type="checkbox"/> Arbejder på nedsat tid af helbredsmæssige årsager</p> <p>Årsag:</p> <hr/> <p>Siden hvornår? (måned/år)</p> <hr/>
3	<p>Er du indstillet til, eller får du offentlig førtidspension, anden pension eller invaliditetsydelse?</p>	<p>JA NEJ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja: Hvilken årsag?</p> <hr/> <p>Siden hvornår? (måned/år)</p> <hr/>

Erklæring og underskrift

Jeg erklærer, at mine besvarelser og oplysningerne er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringsdækningen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller hvis fortællelse har fundet sted.

Dato	Underskrift
------	-------------