

## Oplysninger om dig:

Dit fulde navn	CPR-nr.
Arbejdsgiver	

Du *skal* selv udfylde erklæringen og besvare *alle* spørgsmål omhyggeligt. Du må ikke fortie noget – heller ikke selv om du tror, det er uden betydning for os.

**A. Hvorfor har du været sygemeldt?** Angiv årsag: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B. I hvilken periode har du været sygemeldt?**

På fuld tid: Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_  
(måned/år) (måned/år)

På deltid: Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_  
(måned/år) (måned/år)

Antal timer pr. uge: \_\_\_\_\_

**C. Arbejdstid**

Hvad er din arbejdstid ifølge din ansættelseskontrakt? Antal timer pr. uge: \_\_\_\_\_

Hvor mange timer arbejder du reelt i øjeblikket? Antal timer pr. uge: \_\_\_\_\_

Er din ansættelseskontrakt ændret til kortere arbejdstid i forhold til før din sygemelding? **NEJ**  **JA**

Hvis **ja**, angiv din arbejdstid før sygemeldingen? Antal timer pr. uge: \_\_\_\_\_

**D. Udbetaling og/eller præmiefritagelse**

Er der søgt om udbetaling og/eller præmiefritagelse fra afgivende pensionsselskab? **NEJ**  **JA**

Hvis **ja**, har du/din arbejdsgiver modtaget udbetaling og/eller præmiefritagelse? **NEJ**  **JA**

Hvis **ja**, i hvilken periode? Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_  
(dato/måned/år) (dato/måned/år)

Er udbetalingen og/eller præmiefritagelsen stoppet? **NEJ**  **JA**

## Erklæring, dato &amp; 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 fortielse har fundet sted.

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