Fremtind

Et forsikringsselskap eid av SpareBank 1 og DNB

Søknad om uføreerstatning

Fremtind Livsforsikring AS
Boks 778 Sentrum, 0106 OSLO
Telefon 915 02300

Skadenummer (fylles ut av selskapet)	
Gruppelivsforsikring Avtalenummer	

OPPLYSNINGER OM SØKEREN

Fullt navn, etternavn først		Telefon privat Telefon arbeid
Postadresse (gate/vei og nr.)	Postnummer/-sted	
Fødselsdato / Personnr	Yrke/hovedbeskjeftigelse	
Syk fra	Søkeren er for tiden ☐ Helt sykmeldt ☐ Delvis sykmeldt	

OPPLYSNINGER OM FORSIKRINGSTAKEREN

Bedriftens/foreningens navn		Telefon
Postadresse (gate/vei og nr)	Postnummer/-sted	
Er Samtykke sendt søkeren for utfylling? ☐ Ja ☐ Nei	Er skjema for egenerklæring sendt søkeren for utfylling? ☐ Ja ☐ Nei	
Det bekreftes at søkeren har vært tilsluttet forsikringen fra:		
Premie for søkeren må betales inntil søknaden er sluttbehandlet		

Sted og dato **Bedriftens/foreningens stempel og forpliktende underskrift**