

INNMELDINGSSKJEMA

- Jeg ønsker å bli medlem av Tannlegenes gjensidige sykeavbruddskasse

Fullt navn:	Fullt fødselsnummer:	
Adresse:	Postnr.:	Poststed:
E-post:	Telefon:	

- Jeg velger dagpengeklasse:

	% av G /dag	
1.	1,20%	<input type="checkbox"/>
2.	1,50%	<input type="checkbox"/>
3.	1,80%	<input type="checkbox"/>
4.	2,10%	<input type="checkbox"/>
5.	2,40%	<input type="checkbox"/>
6.	2,70%	<input type="checkbox"/>
7.	3,00%	<input type="checkbox"/>
8.	3,30%	<input type="checkbox"/>
9.	3,60%	<input type="checkbox"/>
10.	3,90%	<input type="checkbox"/>
11.	4,20%	<input type="checkbox"/>

	% av G /dag	
12.	4,50%	<input type="checkbox"/>
13.	4,80%	<input type="checkbox"/>
14.	5,10%	<input type="checkbox"/>
15.	5,40%	<input type="checkbox"/>
16.	5,70%	<input type="checkbox"/>
17.	6,00%	<input type="checkbox"/>
18.	6,30%	<input type="checkbox"/>
19.	6,60%	<input type="checkbox"/>
20.	6,90%	<input type="checkbox"/>
21.	7,20%	<input type="checkbox"/>

- Innmeldingsdato:

ERKLÆRING OM HELSETILSTAND

ved innmelding i Kassen

- Jeg erklærer at opplysningene jeg gir er så nøyaktige som mulig.

- Jeg føler meg helt frisk og arbeidsfør. Ja Nei Merknader

- Forøvrig er jeg behandlet/undersøkt av følgende leger de siste 5 år:

Navn	År	Navn	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

■ Jeg har hatt følgende sykdommer/skader (siste 5 år):

Navn	År	Sykehusets navn (i tilfelle av sykehusopphold):

■ Jeg har i løpet av voksen alder hatt følgende sykdommer:

	År
<input type="checkbox"/> Hjerterinfarkt eller andre hjerte-karsykdommer	
<input type="checkbox"/> Maligne tumores	
<input type="checkbox"/> Leukemi	

■ Jeg lider/lider ikke av annen kronisk sykdom.

Ved militær sesjon er jeg kjent:	Jeg har:	Jeg har de siste 5 år:
<input type="checkbox"/> Stridsdyktig	<input type="checkbox"/> Varig mén etter sykdom/skade	<input type="checkbox"/> Fått pålegg om forsiktig leveste
<input type="checkbox"/> Arbeidsudyktig	<input type="checkbox"/> Legemsfeil, mangel ved syn/ hørsel	<input type="checkbox"/> Vært arbeidsufør i mer enn
<input type="checkbox"/> Udyktig		2 mndr sammenhengende

■ Nærmere opplysninger:

Sted:

Dato:

Underskrift:

Kontrollegens uttalelse:

(Skriv ikke her)

Styrets notater:

Søknad sendes:

TANNLEGENES GJENSIDIGE SYKEAVBRUDDSKASSE
C/O GABLER
POSTBOKS 1818 VIKÅ, 0123 OSLO
TLF: 21 09 78 58, E-POST: POST@SYKEAVBRUDDSKASSEN.NO