

## SØKNAD

om dagpenger fra Tannlegenes gjensidige sykeavbruddskasse

■ Sendes til:

TANNLEGENES GJENSIDIGE SYKEAVBRUDDSKASSE  
c/o Gabler  
Postboks 1818 Vika, 0123 OSLO  
Tlf: 21 09 78 58, e-post: skade@sykeavbruddskassen.no

Sykeavbruddskassen ber om ytterligere informasjon for å ta stilling til ditt forsikringskrav. Dette skjemaet er laget for at det skal bli en enkel og rask saksbehandling og for å sikre at all relevant informasjon blir tilgjengelig for saksbehandler.

Skjemaet må fylles ut for hver sykmelding og all dokumentasjon, bortsett fra fjorårets næringsoppgave og eventuelle samarbeidsavtaler, må vedlegges på nytt.

■ Fyll ut / kryss av

Navn

Fødselsnummer:

Adresse:

Telefon privat:

Postnr og Poststed

Medlemsnummer i NTF:

E-post-adresse

Dagpengeklasse:

Kontonummer

Er premien betalt?

JA  NEI

Er NTF-kontingenten betalt?

JA  NEI

Er du innmeldt i Tannlegenes gjensidige sykeavbruddskasse med karenstid for noen sykdommer?

JA  NEI

■ Fyll ut / kryss av:

1. Har du arbeidet noe i praksis i den perioden du mottar sykepenger fra Sykeavbruddskassen? JA  NEI   
Hvis ja, oppgi hvilke perioder du har jobbet.
2. Har du inngått avtale om å selge din praksis nå eller senere? JA  NEI
3. Har du sluttet som assistenttannlege? JA  NEI
4. Leier du bort praksisen i sykemeldingsperioden? JA  NEI
5. Har du omsetningsavhengige kostnader som faller bort ved sykdom? JA  NEI   
Hvis ja, spesifiser de omsetningsavhengige kostandene:
6. Har du egne ansatte som du betaler lønn til? JA  NEI
7. Dersom du er ansatt i eget AS, ber vi om at du legger ved egen lønnslipp.
8. Har du andre kostnader som faller bort ved sykdom? JA  NEI   
Hvis ja, gi opplysninger om hvilke kostnader som faller bort ved sykdom.
9. Drives din praksis som: DA  AS  EPF
10. Har du husket å vedlegge:
- Siste godkjente næringsoppgave
  - Siste periodes regnskap
  - Eventuell samarbeidsavtale/aksjonæravtale/inntekstavtale
  - Sykmeldingsblankett B
  - Lønnslipp/årsoppgave for egen lønn i AS
  - Dersom du har flere ansatte tannleger eller annet personell som opparbeider inntekt i selskapet (epf/as) ber vi deg vennligst oppgi din brutto omsetning som du opparbeidet forrige år. Kr:

■ Andre opplysninger som har betydning for søknaden:

Sted:

Dato:

Underskrift:

## FULLMAKT

Jeg bekrefter å ha lest orienteringen og gir med dette Tannlegenes Gjensidige Sykeavbruddskasse (TGS) fullmakt til å hente inn de opplysningene som selskapet anser nødvendige og relevante for å vurdere forsikringsøknaden. Denne fullmakten fritar de som har taushetsbelagte opplysninger fra deres taushetsplikt

### FULLMAKTEN ER BEGRENSET SLIK:

Informasjon om sykdommer, helseplager og skader kan kun hentes inn hos leger, behandlere, NAV og andre institusjoner hvis jeg har oppgitt dem i dette skjemaet. Fullmakten gjelder kun ved innhenting av opplysninger som er nødvendige for å vurdere søknaden om forsikring. Hvis TGS ønsker informasjon fra andre kilder, plikter selskapet å hente inn ny fullmakt.

Fullmakten gjelder kun ved innhenting av opplysninger som er nødvendige for å vurdere søknaden om erstatning. Fullmakten gir ikke rett til å hente inn opplysninger som ligger mer enn 10 år tilbake i tid regnet fra søknadsdato. Fullmakten gjelder ikke rett til å hente inn eller bruke informasjon fra genetiske tester som er tatt for å avdekke risiko for fremtidig sykdom og somforsikringselskapene etter Bioteknologi loven ikke har lov til å bruke.

Jeg er kjent med at jeg plikter å gi riktige og fullstendige svar på TGS sine spørsmål, selv om jeg har gitt selskapet fullmakt til å hente inn opplysninger fra andre.

Jeg er kjent med og samtykker i følgende: Opplysningene som er hentet inn og som er relevante for erstatningssøknaden blir oppbevart/lagret av TGS. Personopplysninger som ikke er sensitive, som navn, adresse og fødselsnummer, blir registrert i TGS sitt interne kunderegister.

### JEG ER KJENT MED AT:

Nødvendige og relevante helse- og skadeopplysninger kan hentes inn fra andre forsikringsselskap. For å få utbetaling fra forsikringen vil det i noen tilfeller kreves at det innhentes ytterligere opplysninger. I slike tilfeller må TGS få ny fullmakt. Det trengs ikke ytterligere fullmakter for å hente inn informasjon ved dødsfall.

### ERKLÆRING:

Jeg erklærer med dette at de opplysningene jeg har gitt, er så fullstendige og nøyaktige som mulig. Jeg er kjent med at opplysningene fra meg, sammen med opplysninger som hentes inn fra andre, danner grunnlaget for forsikringsavtalen med TGS. Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at søknaden om forsikring blir avslått, at forsikringen blir sagt opp, at den ikke blir utbetalt og at TGS ved svik kan si opp de andre forsikringene som jeg har i selskapet.

Fullt navn:

Dato:

Underskrift: