

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:

- Stridsdyktig
- Arbeidsudyktig
- Udyktig

Jeg har:

- Varig mén etter sykdom/skade
- Legemsfeil, mangel ved syn/ hørsel

Jeg har de siste 5 år:

- Fått pålegg om forsiktig levesett
- Vært arbeidsufør i mer enn 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 VIKA, 0123 OSLO
TLF: 21 09 78 58, E-POST: POST@SYKEAVBRUDDSKASSEN.NO

FULLMAKT

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

FULLMAKTEN ER BEGRENSET SLIK:

Fullmakten gjelder kun ved innhenting av opplysninger som er nødvendige for å vurdere søknaden om innmelding. 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 innmelding. Fullmakten gir ikke rett til å hente inn opplysninger som ligger mer enn 10 år tilbake i tid regnet fra innmeldingsdato. 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 som forsikringsselskapene 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 innmeldingsskjemaet blir oppbevart/lagret av TGS. Personopplysninger som ikke er sensitive, som navn, adresse og fødselsnummer, blir registrert i TGS sitt interne kunderegister.

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 innmelding kan bli avslått.

Fullt navn:

Dato:

Underskrift: