

Melding om arbeidsmessig uførhet

Når arbeidstaker har vært minst 20 % sammenhengende sykmeldt i 12 måneder skal arbeidsgiver fylle ut og sende inn dette skjemaet.

Opplysninger om bedriften

Navn på bedrift: _____

Organisasjonsnummer: _____

Opplysninger om arbeidstaker

Etternavn: _____

Fornavn: _____

Adresse: _____

Postnr./sted: _____

Fødselsdato (dd.mm.åååå): _____

Ansatt dato: _____

Årslønn første sykmeldingsdag: _____

Telefon/mobil: _____

Opplysninger om arbeidsuførhet

Første sykmeldingsdag: _____

Arbeidstaker har vært sykmeldt i perioden: _____

Har arbeidstaker vært i jobb etter at sykepengen opphørte: Ja Nei

Hvis ja:

Stillingsprosent: _____ Antall timer per uke: _____ Årslønn: _____

Er arbeidstaker fortsatt ansatt i bedriften? Ja Nei

Hvis nei; vennligst oppgi sluttdato: _____

Kontaktinformasjon arbeidsgiver

Navn: _____

E-post: _____

Telefon: _____

Returneres til:

Danica Pensjon, Postboks 6003 Torgarden, 7434 Trondheim

E-post: erstatning@danica.no

Faks: 85 40 79 66