



Erklæringen skal utfylles av medlemmet selv så sant det er praktisk mulig

Medlemmets navn og adresse	Fødselsnr.(11 siffer)	Fagforeningsmedlemskap <input type="checkbox"/> NJF <input type="checkbox"/> NLF
	Telefon privat/Mobiltelefon	Telefon arbeidssted
	Arbeidsgivers navn	E-post adresse
Sivilstand <input type="checkbox"/> ugift <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> skilt <input type="checkbox"/> samboer <input type="checkbox"/> separert <input type="checkbox"/> enke(-mann)		
Har De barn under 21 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, vedlegg aldersattest(er)		

Opplysninger om ervervsuførheten

Hva skyldes ervervsuførheten? <input type="checkbox"/> Sykdom <input type="checkbox"/> Ulykke	Oppgi hvilken sykdom/skade De er blitt påført.
Hvis uførheten skyldes en ulykke oppgi årsaken til uhellet.	
Når inntraff sykd./ulykken?	Oppgi navn og adresse på lege/sykehus som behandlet Dem første gang
Når kontaktet De lege første gang?	
Når ble De sykemeldt første gang?	Oppgi navn og eventuelt adresse på den lege som sykemeldte Dem første gang
Har De vært helt/delvis friskmeldt etter første sykemelding? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi når og i hvilken grad
Har De tidligere (forut for nåværende sykdom/skade) vært ervervsufør? (Sykemeldt lenger enn 1 mnd.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi når og hvilken årsak. Oppgi også navn/adresse på behandlerne lege.
Har De eller vil De søke om uførepensjon fra Folketrygden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi når den ble sendt og om den er invilget
Foreligger det andre forhold som De mener kan være av betydning for selskapets vurdering av erstatningskravet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke

Erstatning og underskrift

Erstatningsbeløpet skal sendes til (navn og evt. adresse):	Bankkontonr.	
Jeg erklærer at de opplysninger som er gitt ovenfor er sanne, og at jeg ikke med vitende og vilje har skjult eller fortiet noe om min ervervsudyktighet og ervervssevne. Jeg samtykker i at Jernbanepersonalets Forsikring innhenter nødvendige opplysninger hos lege, sykehus, trygdekontor, arbeidsgiver eller annet forsikringsselskap.		
Sted _____	Dato _____	Medlemmets underskrift _____