



SKEMA FOR INDMELDELSE I



DEN DANSKE LÆRERSTANDS BEGRAVELSESKASSE

FULDE NAVN		
STILLING	TELEFON	
POSTADRESSE		
E-MAIL ADRESSE		
PERSONNUMMER (CPR-NR) Aldersbevis må medfølge – eksempelvis kopi af sygesikrings- eller førerbevis		
DEN ØNSKEDE FORSIKRINGS STØRRELSE Kr. _____		
FRA BEGYNDELSEN AF HVILKET KVARTAL ØNSKES OPTAGELSEN ? (sæt kryds)	JANUAR <input type="checkbox"/> JULI <input type="checkbox"/> APRIL <input type="checkbox"/> OKTOBER <input type="checkbox"/>	ÅR _____
1. Er du forsikret i et livsforsikringsselskab?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
2. Har du forgæves søgt om optagelse i et livsforsikringsselskab? Hvis JA – med hvilken begrundelse?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
3. Har du selv været alvorligt syg og evt. hospitalsindlagt? Hvis JA – Hvad fejlede du da, hvor længe varede sygdommen, og har du siden været rask?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
4. Er du for tiden fuldstændig rask? Hvis NEJ - hvad lider du af?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>

Undertegnede erklærer herved på tro og love, at jeg har besvaret alle ovenstående spørgsmål i overensstemmelse med sandheden, og at jeg ikke har fortiet noget, der kan tjene til oplysning om min helbredstilstand.
(I tvivlstilfælde kan styrelsen kræve lægeattest til belysning af de anførte oplysninger).

_____, den _____

underskrift