

## Tegning af Supplerende Invalidepension

Dækning ved tab af erhvervsevne som læge

Navn:	Telefonnummer:
CPR-nummer:	E-mail:

Forsikringen træder i kraft fra den 1. i måneden efter underskriftdatoen, medmindre du her tilkendegiver, at du ønsker, at forsikringen træder i kraft den 1. i indeværende måned. Ja \_\_\_  
Jeg ønsker at oprette \_\_\_\_\_ antal moduler á 80.000 kr.

Jeg er bekendt med, at hvis dækningen overstiger 90 pct. af indkomsten på tidspunktet for tilkendelse af invalidepension, bortfalder den overskydende del af dækningen fra Supplerende Invalidepensionsforsikring (opgjort i hele moduler), jf. afsnit 2.2 i forsikringsbetingelserne.

Udfyldes af forsikrede

	Ja	Nej
1) Er du fuldstændig arbejdsdygtig? Hvis du er fuldstændig arbejdsdygtig, kan du udføre dit job på normale vilkår på samme måde som andre i tilsvarende job.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Er du indstillet/visiteret til eller ansat i fleksjob, eller - er der påbegyndt en sag om, eller er du i jobafklaringsforløb eller ressourceforløb, eller - er du under revalidering, forrevalidering, arbejdsprøvning eller i ansættelse med løntilskud, eller - har du søgt eller er indstillet til flexjob, skånejob, ressourceforløb - arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager, eller - er du helt eller delvist sygemeldt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jeg erklærer, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted.

Endvidere erklærer jeg at jeg har gjort mig bekendt med:

- de gældende Forsikringsbetingelser for Supplerende Invalidepension og
- kundevejledning om oprettelse af forsikring

Når/hvis forsikringen accepteres af Lægernes Pension, modtager du en henvendelse med opkrævning på præmien for forsikringen fra Lægernes Pension. Du vil også høre fra os, hvis forsikringen ikke kan oprettes.

Dato \_\_\_\_\_ Signatur \_\_\_\_\_