

Til brug ved udbetaling af opsparing i Lønmodtagernes Dyrtidsfond (LD), kapitalforsikring, opsparing i pensionsøjemed, selvpensionskonti eller supplerende engangsydelse på grund af livstruende sygdom.

PATIENT/KUNDEOPLYSNINGER

Navn

Adresse

Cpr-nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LÆGENS ATTESTATION

Undertegnede læge erklærer hermed, at ovennævnte patient/kunde har eller har haft en sygdom omfattet af skatteministeriets bekendtgørelse nr. 1293 af 13. december 2012 om udbetaling af kapitalpension mv. ved livstruende sygdom. Vedlagte bilag er en oversigt over sygdomme, der anses for livstruende.

Navn, adresse og stempel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato
(DDMMÅÅ)

Lægens underskrift

PATIENTENS/KUNDENS SAMTYKKE

Jeg giver hermed mit samtykke til, at enten jeg selv eller lægen videregiver blanketten til nedennævnte pensionsinstitut.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato
(DDMMÅÅ)

Patientens underskrift

Pensionsinstitut/ordning

Adresse

Telefonnummer

Evt. kontaktperson