

YFIRLÝSING

trúnaðarlæknis vegna umsóknar
um skiptingu ellilífeyrisréttinda

Ég undirritaður trúnaðarlæknir lífeyrissjóðsins: _____

lýsi því hér með yfir að ég tel ekki að neðangreindur sjóðfélagi

nafn _____ kt. _____

sé haldin(n) neinum þeim sjúkdómum eða kvillum sem líklegir eru til að draga úr lífslíkum hans/hennar.

Staður _____ Dagsetning _____

Nafn læknis