

Forespørsel om fortsettelsesforsikring

D-166



KLP Skadeforsikring AS
Et selskap i KLP-konsernet
Org.nr.: 970 896 856 Foretaksregisteret
Tlf.: 55 54 85 00
www.klp.no

Dette skjemaet krever signatur.

Slik gjør du:

1. Lagre skjemaet og fyll det ut
2. Send inn via [kontaktskjemaet på klp.no](mailto:kontaktskjemaet@klp.no)
3. I kontaktskjemaet velger du Forsikring, deretter tema Fortsettelsesforsikring Gruppeliv og Annen sykdom.

Når du sender via kontaktskjemaet, er alle personopplysninger sikret. *Husk at du aldri må sende personopplysninger i usikret e-post.*

Du meldes ut av personalforsikringen hos arbeidsgiver når du slutter. Dersom forsikringen omfatter Gruppeliv og/eller Annen sykdom, kan du velge å videreføre disse privat uten ny helseerklæring.

Fristen for å kjøpe fortsettelsesforsikring er 6 måneder fra den datoen du slutter. Du kan ikke kjøpe denne forsikringen hvis du har fylt 67 år. Vi sender deg et tilbud når vi har mottatt skjemaet.

Jeg ønsker tilbud på Gruppelivsforsikring.

Jeg ønsker tilbud på Annen sykdom.

FYLLES UT AV DEN ANSATTE

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----------|
| Etternavn: | Fornavn: | Fødselsnummer (11 siffer): | |
| Adresse: | | Postnummer: | Poststed: |
| E-post adresse: | Ektefelle/Samboer: Ja Nei | Navn på ektefelle/samboer: | |
| Fødselsår per barn under 25 år: | Telefon (privat): | Dersom du slutter som følge av Uførepensjon eller AAP, kryss av her: | |

| | |
|--------------|-----------------------|
| Sted / dato: | Underskrift (ansatt): |
|--------------|-----------------------|

FYLLES UT AV ARBEIDSGIVER Husk å fylle ut alle forsikringene den ansatte er omfattet av.

| | | | |
|--|----------------------|----------------------------------|--|
| Arbeidsgiver: | Organisasjonsnummer: | Forsikringsnummer til Gruppeliv: | |
| Forsikringsnummer til Annen sykdom: | Ansatt dato: | Sluttdato: | Årlig bruttolønn på fratredelsestidspunktet: |
| Var arbeidstakeren arbeidsdyktig? | | | |
| a) Ved inntredelse i forsikringen | Ja | Nei | |
| b) Ved evt. forhøyelse eller utvidelse av forsikring | Ja | Nei | |

| | |
|--------------|---------------------------------|
| Sted / dato: | Underskrift (for arbeidsgiver): |
|--------------|---------------------------------|