



Fortsettelsesforsikring

- Gruppeliv D-166

SØKNAD OM INDIVIDUELL LIVSFORSIKRING VED
FRATREDELSE FRA STILLING

KLP Kommunal Landspensjonskasse
Dronning Eufemias gate 10, Oslo
Postboks 400 Sentrum, 0103 Oslo
Tlf: 55 54 85 00
www.klp.no

Slik gjør du:

1. Lagre skjemaet
2. Fyll ut
3. Send inn via [kontaktskjemaet på klp.no](http://kontaktskjemaet.på.klp.no) eller per post.
Husk at du aldri må sende personopplysninger i usikret e-post.

 Dette skjemaet krever signatur.

Ansatte som slutter/sier opp sin stilling er ikke lenger omfattet av den gruppelivsforsikringen arbeidsgiver har opprettet i KLP for sine ansatte.

De som avslutter sitt arbeidsforhold har rett til – uten å fremlegge helseattest – å kjøpe en individuell livsforsikring med tilsvarende forsikringsytelse som arbeidsgiver har i KLP på fratredestidspunktet. Dette gjelder kun ansatte som fratrer **før fylte 67 år**.

Dersom du fratrer din stilling pga. overgang til arbeidsavklaringspenger/uførepensjon kan du være omfattet av arbeidsgivers gruppelivsforsikring. Ta kontakt med arbeidsgiver eller KLP for mer informasjon. Ektefelle/samboer kan også ha rett til å tegne individuell fortsettelsesforsikring hvis vedkommende er omfattet av gruppelivsforsikringen i KLP.

Dersom du sender inn skjemaet til KLP i utfylt stand, vil du motta et uforpliktende tilbud. Frist for å tegne forsikringen er **6 måneder** etter fratredestato.

PBL (PRIVATE BARNEHAGERS LANDSFORBUND) AVTALE: 81418071

1. FYLLES UT AV DEN ANSATTE

Etternavn:		Fornavn:		Fødselsnummer (11 siffer):	
Adresse:				Poststed:	
Arbeidsgiver:			Kontaktperson arbeidsgiver:		
Fratredelsesdato:		Telefon (privat):		Telefon arbeidsgiver:	

2. UNDERSKRIFT

Sted / dato:		Underskrift (ansatt):	
Sted / dato:		Underskrift (arbeidsgiver):	