

Rett til å tegne individuell livsforsikring (dødsfallsforsikring) ved fratredelse fra stilling

Ferdig utfylt skjema leveres bedriftens personalavdeling og sendes deretter til:

Protector Forsikring ASA
Postboks 1351 Vika
0113 Vika

Ved fratredelse fra din stilling trer du samtidig ut av den gruppen som den kollektive forsikringsordningen omfatter. Vi gjør oppmerksom på at forsikringen opphører for ditt vedkommende 14 dager etter at denne meldingen om rett til fortsettelsesforsikring ble gitt deg. Dersom fratredelsesdatoen er lengre frem i tid, opphører forsikringen på fratredelsesdatoen. Dersom fratredelsesdatoen allerede er passert, forlenger ikke 14-dagersfristen nevnt foran forsikringens opphør utover 2 måneder etter fratredelsesdatoen.

Du har rett til å tegne individuell forsikring uten å måtte gi nye helseopplysninger. Eventuelle reservasjoner og avslag som vi har registrert vil bli stående og være gjeldende.

Dersom du fratrer din stilling pga. overgang til attføring eller uførepensjon vil du allikevel være omfattet av kommunens/bedriftens gruppelivsforsikring tegnet i samsvar med Hovedtariffavtalen, og trenger da ikke tegne fortsettelsesforsikring.

For tegning av nevnte forsikring gjelder:

Premien beregnes etter selskapets tariff for individuell livsforsikring. Forsikringen kan ikke tegnes med høyere forsikringssum eller ha lengre forsikringstid enn det som var fastsatt for deg i den kollektive forsikringsordningen. Premien beregnes etter selskapets tariff for individuell livsforsikring. Retten til å tegne individuell fortsettelsesforsikring gjelder ikke når forsikringen i sin helhet overføres til et annet selskap eller når den forsikrede trer ut av ordningen på grunn av alder.

Ønsker du å benytte deg av tilbudet, må skjemaet nedenfor sendes Protector innen 6 måneder etter det tidspunkt selskapets ansvar er opphørt. **Vi gjør særskilt oppmerksom på at du ikke er forsikret i denne 6-måneders perioden.**

Ved mottak av skjemaet vil Protector sende deg et tilbud på individuell forsikring hvor ny svarfrist for å akseptere tilbudet er oppgitt.

FYLLES UT AV DEN ANSATTE

Jeg er interessert i tilbud på individuell livsforsikring etter uttredelse av forsikringsordningen for ansatte i:

Kommunens/bedriftens navn

Navn (blokkbokstaver)	Fødselsnr. (11 siffer)	
Adresse (blokkbokstaver)	Telefon privat/mobil	
Postnr./-sted (blokkbokstaver)	Telefon arbeid	
E-post (blokkbokstaver) – korrespondanse vil bli sendt pr. e-post om oppgitt		
Sluttdato	Årslønn	Stillingsprosent

NB! Skjemaet fortsetter på side 2.

Den ansattes underskrift

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

FYLLES UT AV ARBEIDSGIVERS PERSONALAVDELING

Fratredelsesdato	Stillingsprosent	Lønn
Dato dette skjemaet ble gitt ovennevnte person som informasjon om rett til fortsettelsesforsikring		

Det bekreftes herved at ovennevnte person har vært ansatt i _____ i et fast og forpliktende arbeidsforhold med en på forhånd avtalt arbeidstid og dermed inngår i bedriftens gruppelivsforsikring.

Underskrift og stempel

		Navn i blokkbokstaver
Sted	Dato	Underskrift og stempel