



Opplysninger til forsikringselskapet om tiltaksdeltaker i APS, AB og Avklaring som er utplassert hos enkeltpersonforetak eller selvstendig næringsdrivende uten ansatte.

Mottakerbedriftens navn	
Adresse	
Postnr./ poststed	

Organisasjonsnummer	
---------------------	--

Har bedriften ansatte i tillegg til eier?	Ja	Nei
Har bedriften tegnet yrkesskadeforsikring ?	Ja*)	Nei
Hvis ja, oppgi forsikringsselskap		

*)Har bedriften yrkesskadeforsikring i annet selskap, vil tiltaksdeltakeren omfattes av denne. Selskapet bør kontaktes for avklaring om eventuell tilleggspremie. Skjemaet sendes da ikke til KLP Skadeforsikring.

Navn på tiltaksdeltaker					
Hvilket arbeid skal utføres av tiltaksdeltaker					
Utplasseringstid (kryss av for ant. måneder)	Start dato	Inntil 3 mnd	Inntil 6 mnd	Inntil 9 mnd	Inntil 1 år

Forsikringsselskap	KLP Skadeforsikring AS
Adresse	Postboks 400 Sentrum
Postnr./ poststed	0103 Oslo
Faxnr.	22 03 39 41

Fakturamottaker	
Bedriftens navn	
Adresse	
Postnr./ poststed	
Kontaktperson	

Dato: _____

Underskrift ansvarlig mottakerbedriften: _____

Underskrift ansvarlig i Vekst-bedriften: _____

Dersom det er ønskelig å tegne yrkesskadeforsikringen i KLP Skadeforsikring AS, sendes skjemaet omgående til KLP Skadeforsikring AS