



Slik gjør du:

1. Fyll ut
2. Print skjemaet og signer
3. Scan og lagre skjemaet
4. Send inn via kontakt@klp.no

Husk at du aldri må sende personopplysninger i usikret e-post.

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!

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

Mottakerbedriftens navn:	Adresse:
Organisasjonsnummer:	Postnr./ poststed:

Har bedriften ansatte i tillegg til eier? Ja Nei	Har bedriften tegnet yrkesskadeforsikring? Ja* Nei
Hvis ja, oppgi forsikringselskap:	* Har bedriften yrkesskadeforsikring i annet selskap, vil tiltaksdeltaker omfattes av denne. Selskapet bør kontaktes for avklaring om eventuell tilleggspremie. Skjemaet sendes da ikke til KLP Skadeforsikring

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

Forsikringselskap:	Adresse:
Faxnummer:	Postnr./ poststed:

Fakturamottaker

Bedriftens navn:	Adresse:
Kontaktperson:	Postnr./ poststed:

Underskrift

Sted/dato:	Underskrift ansvarlig i mottakerbedriften:
Sted/dato:	Underskrift ansvarlig i Vekst-bedriften:

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