



For utdeling til de ansatte

Forsikringsnr: 85947883  
Dato: 01.12.2016



## Din personalforsikring opphører fordi du slutter i Hyllestad kommune Tilbud om fortsettelsesforsikring

Gjelder Alle ansatte som er omfattet av tariffavtalen.

Som ansatt i Hyllestad kommune har du vært dekket av en personalforsikring i Gjensidige. Fordi du slutter, opphører forsikringen 14 dager etter at du har mottatt dette brevet - tidligst den dagen du slutter i bedriften.

Du kan velge å videreføre forsikringen uten ny egenerklæring

Ønsker du fortsatt en forsikring, kan du videreføre deler av forsikringen - uten ny egenerklæring.

Ønsker du et pristilbud fra oss?

Er dette interessant og du ønsker et pristilbud, ta kontakt med oss innen 6 måneder fra forsikringen opphører. Fyll ut vedlagte skjema og send det på epost til [fortsettelsen@gjensidige.no](mailto:fortsettelsen@gjensidige.no). Den nye forsikringen gjelder først fra den datoen du aksepterer ny forsikring.

Er du minst 50 % sykmeldt eller arbeidsufør når forsikringen opphører?

Du kan - selv om du slutter - ha rett på erstatning fra denne forsikringen. En forutsetning er at du er minst 50 % sykmeldt eller arbeidsufør frem til erstatningskravet avgjøres. Ønsker du en forsikring som også gir erstatning ved en eventuelt senere forverring av helsetilstanden eller ved nye uføreårsaker, bør du vurdere å videreføre forsikringen.

Har du spørsmål?

Ring oss gjerne på 21 40 83 00 eller send epost til [fortsettelsen@gjensidige.no](mailto:fortsettelsen@gjensidige.no)

Vennlig hilsen

Gjensidige



000001000273002006





Forsikringsnr: 85947883  
Dato: 01.12.2016

Jeg ønsker et uforpliktende tilbud på personforsikring  
- uten ny helsevurdering

Gjelder : Alle ansatte som er omfattet av tariffavtalen

Skjemaet sendes

- med epost til: [fortsettelsenl@gjensidige.no](mailto:fortsettelsenl@gjensidige.no)

- eller til: Gjensidige Forsikring ASA v/Salgsstøtte Næringsliv, Storgata 150 , 2390 Moelv

Navn: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnummer/sted: \_\_\_\_\_

Sluttdato: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Årslønn: \_\_\_\_\_

Omfatter forsikringen ektefelle/samboer?

Hvis ja, kan ektefelle/samboer under 67 år også få tilbud om egen personforsikring.

Ektefelle/samboers navn: \_\_\_\_\_

Ektefelle/samboers fødselsnummer: \_\_\_\_\_

Omfatter forsikringen barnetillegg?

Hvis ja, kan tilbudet også omfatte erstatning til barn under 21 år.

Har du barn under 21 år? Ja \_\_\_\_\_ Nei \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Sted: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e-postadresse: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_



