

Bedrift som medlem flytter fra:

BEDRIFTENS/FORENINGENS NAVN:	ORGANISASJONSNUMMER:	KONTAKTPERSON:	E-POST:
------------------------------	----------------------	----------------	---------

Bedrift som medlem flytter til:

BEDRIFTENS/FORENINGENS NAVN:	ORGANISASJONSNUMMER:	KONTAKTPERSON:	E-POST:
------------------------------	----------------------	----------------	---------

Opplysninger om produkt(ene)

<input type="checkbox"/> Innskuddspensjon (ITP/OTP)	AVTALENUMMER:	<input type="checkbox"/> Annen sykdom	AVTALENUMMER:
<input type="checkbox"/> Behandlingsforsikring	AVTALENUMMER:	<input type="checkbox"/> Gruppeliv	AVTALENUMMER:

Arbeidstakers navn*		Fødselsnummer* (11 siffer)	Flyttedato* (dato kan ikke være frem i tid)	Faktisk lønn*	Stillingsprosent*	IKKE 100 % ¹⁾
Etternavn*	Fornavn*					

¹⁾ Kryss av for de som IKKE er 100 % arbeidsdyktig på innmeldingstidspunktet

Merk: Lønn inkluderer faste tillegg, inklusiv faste skifttillegg. Vær oppmerksom på at det ikke skal tas hensyn til godtgjørelse for overtid, skattepliktige naturalytelser, utgiftsgodtgjørelser eller andre varierende, midlertidige tillegg.

STED/DATO:
UNDERSKRIFT:

Send skjemaet til:

SpareBank 1 Forsikring AS, Kunde- og kommunikasjonscenter BM 512, Postboks 778 Sentrum, 0106 OSLO
Telefaks: 21 02 89 20

Kontakt oss:

E-post: forsikring.bedrift@sparebank1.no
Telefon: 02300