

**Oslo kommune**

**INFORMASJONSSKRIV**

**Rett til å etablere fortsettelsesforsikring uten helseprøving ved fratreden.**

Oslo kommune har gjennom Oslo Pensjonsforsikring AS etablert kollektiv gruppelivsforsikring for samtlige ansatte som omfattes av tariffavtalen. Forsikringen omfatter dødsrisiko.

Forsikringssummen ved 100 % stilling er 10 G ved dødsfall frem til fylte 51 år, avtrappende med 0,5 G pr år fra og med fylte 51 år til og med fylte 60 år. Fra og med fylte 60 år og frem til oppnådd pensjonsalder er forsikringssummen 5 G. Ved fratredelse fra deltidsstilling reduseres forsikringssummen i henhold til stillingsbrøk, dog minimum 2 G. For pedagogisk personell er det ikke redusert ytelse ved deltidsstilling ved fratredelse.

Du går ut av den kollektive gruppelivsforsikringen når et av følgende forhold inntreffer:

1. Når du fratrer din stilling i Oslo kommune\*
2. Dersom ordningen sies opp fra Oslo kommune sin side
 *\* Ved fratredelse grunnet uførhet er du fremdeles omfattet av den kollektive ordningen.
 Fratrer du stillingen for å gå over i annen stilling innen kommunen, utmeldes du ikke fra forsikringen.*

Dersom et av de ovennevnte forhold inntreffer, har du rett til - uten å fremlegge helseattest - å etablere en fortsettelsesforsikring (individuell dødsfallsforsikring) i Oslo Pensjonsforsikring AS med samme forsikringssum og forsikringstid som gjaldt for deg ved sluttdato. Forsikringen varer frem til ordinær pensjonsalder for stillingen, men ikke lenger enn til 67 år.

Dersom du ønsker å benytte deg av dette tilbudet, må du underrette Oslo Pensjonsforsikring innen 6 måneder fra sluttdato.

Ved å fylle ut og underskrive slippen nedenfor og sende den til Oslo Pensjonsforsikring, vil du få et uforpliktende tilbud på en fortsettelsesforsikring. Du må få arbeidsgiver til å fylle ut den nederste delen av slippen før du sender den inn.

Med vennlig hilsen

**Oslo kommune**

 ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| **Oslo Pensjonsforsikring AS****Personskade****Pb 6623, St. Olavs plass****0129 Oslo**  |

***Etter uttredelse av den kollektive Gruppelivsforsikringen til Oslo kommune ønsker jeg tilbud på en fortsettelsesforsikring.***

***FYLLES UT AV ARBEIDSTAKER:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Etternavn, fornavn:** | **Fødselsnummer (11 siffer):** |
|  |  |
| **E-post adresse** | **Telefon:** |
|  |  |
| **Adresse:** | **Postnr:** | **Poststed:** |
|  |  |  |
| Dato: …………..…… …………………………………………………………………………………….. **Arbeidstakers underskrift** |

***SKAL FYLLES UT AV ARBEIDSGIVER:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeidstakers arbeidssted (virksomhet) ved fratreden:** | **Arbeidstakers sluttdato:** |
|  |  |
| **Stilling ved fratreden:** | **Stillingsbrøk****ved fratreden** | **Ordinær pensjonsalder for stillingen** |
|  |  |  |
| Dato: ……………..…. …………………………………………………………………………………….. **Arbeidsgivers underskrift og stempel** |