

MP Pensjon

Søknad om etterlattepensjon

Avdødes personopplysninger

Etternavn: <input type="text"/>	Fornavn: <input type="text"/>
Fødselsnummer: <input type="text"/>	Dødsdato: <input type="text"/>
Var avdøde skilt: Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Informasjon om ektefelle/samboer/registrert partner

Navn: <input type="text"/>	Fødselsnummer (11 siffer): <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>	Postnr/sted <input type="text"/>
	Bankkonto: <input type="text"/>
Gift/partnerskap/samboer fra hvilken dato?	Dato: <input type="text"/>
Er det gitt bevilling eller tatt ut dom for separasjon/skilsmissе?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis ja, separasjon/skilsmissе fra når?	Dato: <input type="text"/>

Legg ved bekreftelse fra Folkeregisteret for å bekrefte samboerskap

Informasjon om eventuell fraskilt ektefelle

Har tidligere ekteskap vart i mer enn 10 år? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Er tidligere ekteskap oppløst ved skilsmissе? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Var fraskilt ektefelle fylt 45 år ved skilsmissе? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Er tidligere ektefelle gift på nytt før dødsfallet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Navn: <input type="text"/>	
Adresse: <input type="text"/>	Fødselsnummer (11 siffer): <input type="text"/>
Gift/partnerskap fra dato: <input type="text"/>	Postnr/sted <input type="text"/>
Kontonummer for utbetaling av pensjon: <input type="text"/>	Ekteskap/partnerskap opphørt dato: <input type="text"/>

Informasjon om barn

Navn	Fødselsnummer	Kontonummer

Eventuelt kontaktperson/ansvarlig for dødsbo

Navn: <input type="text"/>	Fødselsnummer (11 siffer): <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>	Postnr/sted <input type="text"/>
Bankkonto: <input type="text"/>	Telefonnr: <input type="text"/>

Dersom ansvarlig for dødsbo er andre enn ektefelle eller myndige barn må dette bekreftes med kopi av *skifteattest*.

E. Bekreftelse og underskrift

Jeg er kjent med at avgivelse av uriktige opplysninger er straffbart og at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til helt eller delvis tap av retten til erstatning og at selskapet da kan si opp enhver forsikringsavtale det har med meg.

Navn: <input type="text"/>	Fødselsnummer: <input type="text"/>
Underskrift.	Dato: <input type="text"/>

Innsending :

Utfylt og underskrevet skjema lastes opp til oss ved bruk av 'Service Desk' på hjemmesiden:
<https://pensjonskasse.lumera.com/pensjonskasser/mp>.

Alternativt kan skjemaet sendes per post til:

MP Pensjon

Postboks 665 Sentrum

0106 Oslo