

ÄNDRINGAR FÖRMÅNSGRUPP

AVANZA TJÄNSTEPENSIONSPLAN

1 ÄNDRINGEN AVSER

Företagets namn	Organisationsnummer	Förmånsgruppnummer
-----------------	---------------------	--------------------

2 JAG VILL ÄNDRA

Ändringen träder i kraft nästa fakturerade månad efter att Avanza Pension mottagit och registrerat ändringen.

OMFATTNINGEN AV PLANEN GENOM ATT:

Lägga till:

Lägga till Sjukförsäkring* Lägga till Premiebefrielse*

Jag vill att ersättningsnivån vid val av tillagd sjukförsäkring ska vara: Max ITP

Totalt antal anställda som ska omfattas av premiebefrielse och/eller sjukförsäkring _____

Ta bort:

Ta bort Sjukförsäkring Ta bort Premiebefrielse

Obs! Glöm inte att fylla i behovsprövning om ni tecknar sjukförsäkring eller premiebefrielse.

ERSÄTTNINGSNIVÅ BEFINTLIG SJUKFÖRSÄKRING

Ny ersättningsnivå ska vara* Max ITP

PENSIONSÅLDER (med pensionsålder avses tidigaste ålder för uttag av pension samt den ålder då premiebetalning upphör)

Ny pensionsålder ska vara _____ År

* Om ändringen avser ett utökat försäkringsmoment i form av sjuk och eller premiebefrielseförsäkring kan hälsodeklaration komma att krävas. Om ändringen avser ett tillägg av sjukförsäkring måste personalrapporten ändring/avanmälan med löneuppgifter bifogas. Högsta inträdesålder är 64 år.

BEHOVSPRÖVNING PREMIEBEFRIELSE

Uppfyller ert företag följande påstående (obligatorisk uppgift om ni tecknar premiebefrielse)

- Som arbetsgivare vill jag skydda mig från att behöva betala de anställdas pensionspremier vid långvarig sjukdom (mer än 90 dagar)

JA NEJ

Om ni svarar ja anses ni ha behov av att teckna premiebefrielse via Avanza. Stämmer inte ovan påstående in på er anses ni inte ha behov av att teckna premiebefrielse via Avanza. Ni kan ändå teckna produkten men intygar då att ni tagit del av att Avanza inte anser att ni har ett behov. Produkten är inte avsedd för personer som saknar inkomst av tjänst, eller personer som avser att varaktigt bo utomlands (mer än ett år) utan att vara utsänd av svensk juridisk person (arbetsgivare).

BEHOVSPRÖVNING SJUKFÖRSÄKRING

Uppfyller ert företag något av följande påståenden (obligatorisk uppgift om ni tecknar sjukförsäkring)

- Som arbetsgivare vill jag skydda mina anställda från inkomstbortfall vid längre tids sjukdom (mer än 90 dagar)
- Företaget saknar sjukförsäkring för sina anställda

JA NEJ

Om ni svarar ja anses ni ha behov av att teckna sjukförsäkring via Avanza. Stämmer inget av ovan påståenden in på er anses ni inte ha behov av att teckna sjukförsäkring via Avanza. Ni kan ändå teckna produkten men intygar då att ni tagit del av att Avanza inte anser att ni har ett behov. Produkten är inte avsedd för personer som saknar inkomst av tjänst, personer som redan omfattas av sjukförsäkring eller personer som avser att varaktigt bo utomlands (mer än ett år) utan att vara utsänd av svensk juridisk person (arbetsgivare).

FONDFÖRDELNING*A. Egna fonder:

FONDBOLAG	FOND	PROCENT

B. Likvida medel

* Undertecknad ger Avanza i uppdrag att månadsvis för de anställdas räkning placera inbetald premie enligt placeringsplanen ovan för disponibelt belopp på de anställdas depåer. Om handel i vald fond inte är möjligt placeras beloppet i likvida medel. Görs inget val placeras inbetald premie enligt vid var tid gällande entrélösning. För information om aktuell entrélösning gå in på avanza.se.

ÖVRIGA ÄNDRINGAR SOM EXEMPELVIS ADRESSÄNDRING ELLER ANDRA FÖRETAGSANKNUTNA UPPGIFTER ANGES HÄR: Ta bort befintlig premietrappa**

** Observera att senast beräknade premie kommer faktureras tills ändring kommer in från er. Vill ni ändra premier använd blankett Personalrapport ändring. Ändring gäller fr o m nästa faktureringsperiod.

Fullt arbetsför:

Premiefrielse- och sjukförsäkring tecknas på samtliga anställda inom ramen för förmånsgrupp som riskbedöms enligt fullt arbetsför begreppet. Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. För företag med färre än 10 försäkrade ska arbetsgivaren intyga att den anställda inte varit sjukskriven längre än 14 sammanhängande dagar de senaste 90 dagarna. För information när hälsodeklaration eventuellt krävs, kontakta Avanza för information om gällande teckningsregler.

3 FÖRSÄKRINGSTAGARES/FÖRETAGETS UNDERSKRIFT

Undertecknad intygar att samtliga personer som omfattas av ändringen som avser ett utökat försäkringsmoment är fullt arbetsföra enligt definitionen ovan.

Ort och datum	Namnteckning behörig och namnförtydligande
---------------	--

IFYLLES AV FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARE

Ort och datum	Förmedlarkod	Namnunderskrift och namnförtydligande
---------------	--------------	---------------------------------------