BYTE AV FÖRMÅNSGRUPP/KOSTNADSSTÄLLE

1 UPPGIFTER OM FÖRETAGET

Företagets namn	Organisationsnummer

Byte av förmånsgrupp/kostnadsställe träder i kraft från nästkommande faktureringsmånad.
Ska ny lön och/eller premie gälla i samband med bytet så bifoga blankett Personalrapport ändring/avanmälan med dessa uppgifter.

2 FÖRMÅNSGRUPP/KOSTNADSSTÄLLE

FÖRSÄKRINGSNUMMER	NAMN (FÖR- OCH EFTERNAMN)	TILL KOSTNADSSTÄLLE	TILL FÖRMÅNSGRUPP

FULLT ARBETSFÖR:

Undertecknad intygar att samtliga försäkrade enligt förteckning ovan är fullt arbetsföra vid tidpunkt för ändringen, alternativt vid intygandet om detta sker innan ändringen träder ikraft, d.v.s. 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, 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. Med försäkringskassa och ersättningar avses även dess motsvarighet i de nordiska länderna. Utöver detta krav på fullt arbetsför ska arbetsgivaren för företag med färre än 10 försäkrade intyga att någon av de anställda inte har varit sjukskriven längre än 14 sammanhängande dagar under de senaste 90 dagarna. Undertecknad är medveten om att oriktiga uppgifter kan påverka försäkringens giltighet, helt eller delvis.

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

2106-2-191126 Avanza Pension

AVANZA