

ÖVERLÅTELSE TJÄNSTEPENSIONS FÖRSÄKRING

Överlåtelse träder i kraft från nästkommande faktureringsmånad

1 FÖRSÄKRAD (DEN ANSTÄLLDE)

Förnamn och efternamn	Personnummer	Försäkringsnummer
-----------------------	--------------	-------------------

2 NUVARANDE FÖRSÄKRINGSTAGARE (ARBETSGIVARE)

Namn	Organisationsnummer
------	---------------------

3 NY FÖRSÄKRINGSTAGARE (ARBETSGIVARE)

Namn	Organisationsnummer
Förmånsgrupp	Kostnadsställe

Sakar den nya försäkringstagaren/arbetsgivaren tjänstepensionsavtal med Avanza Pension/Euro Accident måste den nya arbetsgivaren till Avanza Pension inkomma med ny ansökan om Tjänstepension.

Ska annan lön och/eller premie gälla efter överlåtelsen, ska blanketten Personalrapport ändring/avanmälan bifogas.

En överlåtelse av tjänstepensionsförsäkring - med ev. tillhörande riskförsäkringar i Euro Accident - till ny arbetsgivare innebär att den nya arbetsgivaren övertar försäkringsavtalet och därigenom inträder i tidigare arbetsgivares ställe.

Från dagen för överlåtelsen ska nya arbetsgivaren/försäkringstagaren betala premien för de försäkringar som omfattas av försäkringsnumret. OBS: Överlåtelsen omfattar dock endast de försäkringsmoment som finns i den försäkrades förmånsgrupp hos den nya arbetsgivaren.

Befintligt förmånstagarförordnande till ålderspensionens återbetalningsskydd kvarstår som tidigare även efter överlåtelsen. Återbetalningsskydd är standard, men kan ha valts bort av den försäkrade.

Har uppgift om fullt arbetsför intygats av befintlig försäkringstagare och/eller försäkrad i enlighet med försäkringsavtalet, gäller uppgifterna även hos den nye försäkringstagaren.

4 UNDERSKRIFT AV FÖRSÄKRINGSTAGARNA OCH DEN FÖRSÄKRADE

Försäkrad	Namnförtydligande	Datum
-----------	-------------------	-------

Nuvarande försäkringstagare (Behörig firmatecknare)	Namnförtydligande	Datum
---	-------------------	-------

Nuvarande försäkringstagare (Behörig firmatecknare)	Namnförtydligande	Datum
---	-------------------	-------

Ny försäkringstagare (Behörig firmatecknare)	Namnförtydligande	Datum
--	-------------------	-------

Nyförsäkringstagare (Behörig firmatecknare)	Namnförtydligande	Datum
---	-------------------	-------