

# 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 Sjukförsäkring\*       Lägga till Premiefrielse\*
- Ta bort Sjukförsäkring       Ta bort Premiefrielse
- Jag vill att ersättningsnivån vid val av tillagd sjukförsäkring ska vara:       Max       ITP

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

#### 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 utökad försäkringsmoment i form av sjuk eller premiefrielseförsäkring 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 PREMIEFRIELSE

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

- 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 premiefrielse via Avanza. Stämmer inte ovan påstående in på er anses ni inte ha behov av att teckna premiefrielse 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 påstående 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](http://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:**

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 arbetsskadelivranta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.

**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
---------------	--------------	---------------------------------------