

# FÖRETAGETS PERSONALRAPPORT

## ÄNDRING/AVANMÄLAN/PÅANMÄLAN TJÄNSTEPENSION

Företagets namn	Organisationsnummer	Förmånsgrupp
-----------------	---------------------	--------------

Avanmälan och premie och/eller lönesänkningar kan tidigast ske fr o m nästkommande faktureringsperiod förutsatt vi fått blanketten i original senast den 25:e månaden innan faktureringsmånaden.

Ny ålders- pensionspremie /mån  
Ny ersättnings- grundande lön /mån\*  
Ny avvikande pensionsålder (55-70 år)  
Företagare\*\*\*  
Anställd  
Ej fullt arbetsför\*\*  
Ny avvikande sjukersättningsnivå ITP Max

Personnummer	Namn (förnamn, efternamn)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ändring gäller fr o m år/mån	Nytt kostnadsställe		AVANZAS NOTERING							
Avanmälan fr o m år/mån	Påanmälan fr o m år/månad	Orsak - varit: Föräldraledig <input type="checkbox"/> Tjänstledig <input type="checkbox"/> Annan orsak <input type="checkbox"/>								
Personnummer	Namn (förnamn, efternamn)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ändring gäller fr o m år/mån	Nytt kostnadsställe		AVANZAS NOTERING							
Avanmälan fr o m år/mån	Påanmälan fr o m år/månad	Orsak - varit: Föräldraledig <input type="checkbox"/> Tjänstledig <input type="checkbox"/> Annan orsak <input type="checkbox"/>								
Personnummer	Namn (förnamn, efternamn)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ändring gäller fr o m år/mån	Nytt kostnadsställe		AVANZAS NOTERING							
Avanmälan fr o m år/mån	Påanmälan fr o m år/mån	Orsak - varit: Föräldraledig <input type="checkbox"/> Tjänstledig <input type="checkbox"/> Annan orsak <input type="checkbox"/>								

\* Avser sjukförsäkring och/eller premietrappa.

\*\* Avser sjukförsäkring och premiebefrielse.

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.

\*\*\* Företagare. Företagare är samtliga ägare (icke juridisk person) i företag, samtliga ägare i handelsbolag, samtliga ägare i kommanditbolag, aktieägare i aktiebolag som, ensam eller sammanräknad med annan aktieägare, som är maka/make, registrerad partner, sambo, förälder eller barn till henne/honom, äger minst en tredjedel av aktierna i bolaget.

Undertecknad intygar att samtliga personer med undantag för de personer som särskilt noterats som "Ej fullt arbetsför" är fullt arbetsför enligt definitionen ovan.

Ort och datum	Namnteckning behörig och namnförtydligande	Telefon	E-post
---------------	--	---------	--------

