

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								
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								
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								

* Avser sjukförsäkring och/eller premietrappa.

** Avser sjukförsäkring och premiebefrielse.

Med fullt arbetsför menas att man kan fullgöra sitt vanliga arbete 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 arbetsskadelivranta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. För företag med 1-4 försäkrade gäller också att arbetsgivaren ska intyga att den anställda inte har varit sjukskriven längre än 5 sammanhängande dagar under de senaste 12 månaderna. För de personer som noterats som "Ej fullt arbetsför" medges inte premiebefrielse- eller sjukförsäkring. Enskild anställd som inte är fullt arbetsför vid tidpunkten för anslutning kan, efter att denna uppfyller ovanstående krav, anslutas till premiebefrielse- och sjukförsäkring.

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

