

FÖRETAGETS PERSONALRAPPORT

NYANMÄLAN AVANZA TJÄNSTEPENSIONSPLAN

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

Observera att samtliga uppgifter såsom personnummer, namn, telefon, E-post, datum och kostnadsställe är obligatoriska.

Ålderspensions- Engångs- Ersättnings- Företagare*** Ej fullt Plansjuk
premie /mån betald grundande lön /mån* för** konverterad
ITP Max

Personnummer	Namn (förnamn, efternamn)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	E-post	AVANZAS NOTERING						
Ansluten fr o m år/månad	Kostnadsställe nr/namn							
Personnummer	Namn (förnamn, efternamn)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	E-post	AVANZAS NOTERING						
Ansluten fr o m år/mån	Kostnadsställe nr/namn							
Personnummer	Namn (förnamn, efternamn)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	E-post	AVANZAS NOTERING						
Ansluten fr o m år/mån	Kostnadsställe nr/namn							

I samband med nyanmälan inhämtas och registreras de anställdas adressuppgifter utifrån gällande folkbokföringsadress hos Spar.

*Avser sjukförsäkring och/eller premietrappa.

**Avser sjukförsäkring och premiebefrielse.

Undertecknad intygar att samtliga försäkrade enligt förteckning ovan är fullt arbetsföra vid inträdet i försäkringen, alternativt vid intygandet om detta sker innan försäkringen 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 arbetsföra enligt definitionen ovan.

Ort och datum	Namn/teckning behörig och namnförtydligande	Telefon	E-post
---------------	---	---------	--------

