

PREMIETRAPPA

AVANZA TJÄNSTEPENSIONSPLAN

1 UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGSTAGAREN/FÖRETAGET

Företagets namn	Organisationsnummer	Förmånsgrupp
Kontaktperson företaget	E-post	Telefon dagtid

2 VAL AV PREMIETRAPPA

A. Marknadsmässig avsättning

Ålder \ Lön	Inkomstbasbelopp	Inkomstbasbelopp
	0 – 7.5	7.5 – ∞
25 – ∞	6,5 %	32 %

Premiefrielsen ligger utom ramen för premieutrymmet

B. ITP 1 – trappa

Ålder \ Lön	Inkomstbasbelopp	Inkomstbasbelopp
	0 – 7.5	7.5 – ∞
25 – ∞	4,5 %	30 %

Premiefrielsen ligger utom ramen för premieutrymmet

C. Egen premietrappa

- Inkomstbasbelopp Prisbasbelopp

Ålder \ Lön	Basbelopp	Basbelopp	Basbelopp	Basbelopp
	-	-	-	-
-	%	%	%	%
-	%	%	%	%
-	%	%	%	%
-	%	%	%	%
-	%	%	%	%

Premiefrielsen ska ligga inom ramen för premieutrymmet

Om lön inte rapporterats för försäkrade bifoga blankett Personalrapport ändring/avanmälan med aktuella löneuppgifter.

Ändring träder ikraft nästa fakturamånad efter att Avanza Pension mottagit och registrerat premietrappan.

FULLT ARBETSFÖR

Om ovan ändring innebär ändring av ålderspensionspremie intyggar undertecknad att samtliga berörda försäkrade 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 arbetsförmåga. 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.

3 FÖRSÄKRINGSTAGARES / FÖRETAGETS UNDERSKRIFT

FÖRSÄKRINGSTAGARES / FÖRETAGETS UNDERSKRIFT

Ort och datum

Namn-teckning behörig och namnförtydligande

IFYLLES AV AVANZA PENSION

