

Organisationsnummer

Företag

Bifogar även blankett/er

Personnummer om enskild firma

P-id

Ändring i förmånsgrupp

Ange endast ändringar. Övriga förmåner kvarstår oförändrade.

Namn på förmånsgrupp

Ändringen ska börja gälla

omgående

Ändring gäller fr o m

Datum

Oavsett vad som angivits gäller ditt riskskydd aldrig tidigare än fr o m den dag då fullständig ansökan skickats till försäkringsbolaget under förutsättning att bolaget kan bevilja skyddet i sin helhet med normal premie och utan förbehåll. Har framåtdatering gjorts börjar riskskyddet under samma förutsättning att gälla fr o m den 1:a i den angivna månaden.

Om ingen ruta markerats genomförs ändringen den första i nästkommande månad. Ändring kan inte göras retroaktivt.

ITP (4,5 % / 30 %)

% av lön _____ % Fast belopp _____ kr/mån 0 - 7,5 ibb _____ % > 7,5 ibb _____ %

PB Tillägg utom pu Tillägg inom pu Borttag

Sjukförsäkring Tillägg utom pu Tillägg inom pu Utom, om inget annat anges

Konsoliderad sjukförsäkring (108 %) Max (90 %) ITP Annan _____

Borttag

TGL Tillägg Borttag

Sjukvård Tillägg Borttag

Olycksfall 30 pbb 40 pbb 50 pbb Borttag

Individuell livförsäkring, privatägd, belopp _____ Borttag

Individuell livförsäkring, företagsägd, belopp _____ Borttag

Ändring avser följande personer

Namn	Personnummer	Försäkringsnummer	Lön per år	Den anställda är ej fullt arbetsför	Hälsförklaring bifogas
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intygande om fullt arbetsför sker på sidan 4



Organisationsnummer	Personnummer om enskild firma
Företag	P-id

Byte till förmånsgrupp _____

Ny förmånsgrupp

Ändring från villkor 0503 till villkor 0611. Ange innehållet i den nya förmånsgruppen i sin helhet.

Namn på förmånsgrupp			
		<input type="checkbox"/> Företagare	<input type="checkbox"/> Anställd
Skatteklass (Anges endast vid ny förmånsgrupp)			
<input type="checkbox"/> T Arbetsgivaren är om inget anges ägare till tjänstepensionsförsäkringen. Anställd i enskild firma är dock själv ägare till tjänstepensionsförsäkringen.			
<input type="checkbox"/> T Den försäkrade ska vara ägare till tjänstepensionsförsäkringen			
<input type="checkbox"/> P Pensionsförsäkringar ägs av den försäkrade			
<input type="checkbox"/> % av lön _____ %	<input type="checkbox"/> ITP (4,5 % / 30 %)	<input type="checkbox"/> Fast sparbelopp (Belopp anges nedan)	<input type="checkbox"/> Engångsbetald försäkring (Belopp anges nedan)
<input type="checkbox"/> 0 - 7,5 ibb _____ %	<input type="checkbox"/> > 7,5 ibb _____ %		
Pensionsålder 65 år om inte annat anges _____ år (lägst 55 år)			
Utbetalningstid 10 år om inte annat anges			
<input type="checkbox"/> Temporär under _____ år		<input type="checkbox"/> Livsvarig	
Premiebefrielse			
<input type="checkbox"/> Ingår utom pu		<input type="checkbox"/> Ingår inom pu	
Sjukförsäkring <input type="checkbox"/> Ingår utom pu <input type="checkbox"/> Ingår inom pu Utom, om inget annat anges			
<input type="checkbox"/> Konsoliderad sjukförsäkring (108 %) <input type="checkbox"/> Annan _____			
<input type="checkbox"/> Max (90 %)		<input type="checkbox"/> ITP	
TGL <input type="checkbox"/> Ingår			
Sjukvård <input type="checkbox"/> Ingår			
Olycksfall <input type="checkbox"/> 30 pbb		<input type="checkbox"/> 40 pbb	<input type="checkbox"/> 50 pbb
Individuell livförsäkring, privatägd, belopp _____ kr		företagsägd, belopp _____ kr	

Försäkrade i ovan angivna förmånsgrupp

Namn	Personnummer	Lön per år	Fast sparbelopp kr/mån Engångspremie	Den anställde är ej fullt arbetsför	Hälsa bifogas	Gäller fr o m
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Intygande om fullt arbetsför sker på sidan 4.

Organisationsnummer	Personnummer om enskild firma
Företag	P-id

Löneändring, Nyanställd, Avanmälan av anställd

Namn	Personnummer	Lön per år	För- mäns- grupp	Gäller fr o m	Fast månads- premie	Ändrad lön pga föräldra- ledighet	Avan- mälan av an- ställd	Ny an- ställd	Anställ- nings- datum*	Ej fullt arbets- för	Hälsa bifo- gas
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Anställningsdatum anges vid nyanställning av en anställd och är det datum då anställningen påbörjades.
Datum för när den anställda ska anslutas till pensionsplanen anges under "Gäller fr o m".

Individuellt val

Den försäkrade har möjlighet att påverka fondval, förmånstagarförordnande och efterlevandeskydd.
Detta görs på blankett, Individuellt val - Anställd, SF 257.

Hälsohandling vid nyanslutning

Om någon av angivna personer är företagare eller ej är fullt arbetsför måste hälsodeklaration bifogas.
Detsamma gäller om antalet anslutna personer till pensionsplan understiger fem. Med företagare avses

- i företag som ej är juridisk person, i handelsbolag eller i kommanditbolag, samtliga ägare
- i aktiebolag, den som ensam eller tillsammans med make, förälder, eller barn till honom äger minst en tredjedel av aktierna i bolaget, samt
- i bolaget verksam make, sambo, förälder eller barn till företagare.

Hälsohandling vid ändring

För att full arbetsförhet ska vara tillräcklig som underlag för höjt försäkringskydd får förmånerna inte höjas med > 10 % om premieavsättningen har angetts som ett fast belopp. Är premieavsättningen beräknad med % av lön/inkomst får lönen inte överskrida 20 % för anställda och 15 % för företagare.

Om höjningen ökat mer än ovan nämnda nivåer under det senaste kalenderåret fordras Hälsförklaring på särskild blankett.

Om försäkringsbeloppen för premiebefrielse och/eller sjukförsäkring ökat till vissa nivåer fordras Läkarutlåtande och HIV-test. Detta kan inträffa även om höjningen understiger de nivåer som nämns i första stycket.

Vad menas med fullt arbetsför?

Med full arbetsförhet menas att den försäkrade

- ska kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar,
- inte uppbär sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning),
- inte uppbär rehabiliteringsersättning, handikappersättning, livränta eller liknande ersättning,
- inte har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning,
- inte har varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd de senaste 360 dagarna (vid nyteckning) samt
- inte har varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste 90 dagarna (vid utnyttjande av höjningsrätt på befintlig försäkring)

Undertecknad försäkringstagare bekräftar lämnade uppgifter samt att den eller de försäkrade som omfattas av ändring eller nyanslutning uppfyller de ovan angivna kraven för arbetsförhet.

Under- skrift	Datum	Försäkringstagarens underskrift (behörig företrädare för företaget)	Namnförtydligande

Observera att alla fyra sidorna i blanketten ska skickas in till Swedbank Försäkring