

Tjänstepension



Ny årslön/Ny premie/Avgång ur tjänst.

För avanmälan och lönesänkning gäller tre månaders retroaktivitet gällande ålderspensionsförmånen.

I samarbete med

Bliwa

Företag

Företagets namn	Avtalsnummer	Organisationsnummer

Försäkring 1

Försäkringsnummer	Personnummer	För- och efternamn

Fullt arbetsför* Ja/Nej	Ny årslön	Ny årspremie	Avanmälan	Datum för ändring (åååå mm dag)

Försäkring 2

Försäkringsnummer	Personnummer	För- och efternamn

Fullt arbetsför* Ja/Nej	Ny årslön	Ny årspremie	Avanmälan	Datum för ändring (åååå mm dag)

Försäkring 3

Försäkringsnummer	Personnummer	För- och efternamn

Fullt arbetsför* Ja/Nej	Ny årslön	Ny årspremie	Avanmälan	Datum för ändring (åååå mm dag)

Försäkring 4

Försäkringsnummer	Personnummer	För- och efternamn

Fullt arbetsför* Ja/Nej	Ny årslön	Ny årspremie	Avanmälan	Datum för ändring (åååå mm dag)

Blanketten fortsätter på nästa sida.



Försäkring 5

Försäkringsnummer	Personnummer	För- och efternamn			
Fullt arbetsför* Ja/Nej	Ny årslön	Ny årspremie	Avanmälan	Datum för ändring (åååå mm dag)	

Försäkring 6

Försäkringsnummer	Personnummer	För- och efternamn			
Fullt arbetsför* Ja/Nej	Ny årslön	Ny årspremie	Avanmälan	Datum för ändring (åååå mm dag)	

*Med kravet på full arbetsföret innebär att den som ska försäkras ska kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte till någon del har sjuklön från sin arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning, aktivitetsersättning, annan ersättning på grund av arbetsoförmåga eller uppbär minst halv arbetsskadelivränta. Om den som ska försäkras har vilande aktivitetsersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning eller vilande arbetsskadelivränta anses denne inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan förklarats vilande. För att kravet på full arbetsföret ska anses uppfyllt får den som ska försäkras inte ha varit arbetsoförmögen i mer än 15 dagar i följd under de närmaste tre månaderna före tidpunkten för intygandet.

i AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på www.amf.se

Underskrift av försäkringstagaren

Vi har fått information om att de fullständiga försäkringsvillkoren för Tjänstepension kan hämtas från www.amf.se/villkor eller beställas från AMFs Kundservice och att fullständiga försäkringsvillkoren för premiebefrielseförsäkringen kan hämtas från www.bliwa.se/amf980. Undertecknad försäkringstagare är införstådd med att de uppgifter som lämnats i denna anmälan ligger till grund för försäkringsavtalet. Undertecknande är även införstådd med att försäkringens giltighet är beroende av den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd m.m. i kompletterande handlingar är fullständiga och riktiga.

Telefonnummer	E-postadress	
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Ifylles av försäkringsförmedlare

Förmedlarföretagets namn	Telefonnummer
Förmedlarens e-postadress	Säljkod
Förmedlarens namnteckning	Namnförtydligande