Länsförsäkringar
Bank & Försäkring

# Ändringslista Friplan

| Försäkringstagare | Organisationsnummer |
|---|---|
| | |

| Försäkrad | Personnummer | Pensionsplan nr | Gäller från och med | Ny kategori | Ny pensions-medförande lön/år | Ny årspremie | Företagare* | Fribrev | | Tjänstledig t o m år, mån | Chefs-pension finns | Min hälsa bifogas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Anst upphör | Annan orsak | | | |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |
| | | | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |

## *Företagare

I enskild firma ägaren samt i rörelsen verksam make och anställda närstående. I handelsbolag och kommanditbolag samtliga ägare samt anställda närstående. I aktiebolag anställd som ensam eller tillsammans med närstående äger minst en tredjedel av aktierna i bolaget samt anställda närstående. Med make jämställs registrerad partner och skattesambo. Skattesambo är den som utan att vara gift, sammanbor med person med vilken denne har eller har haft barn tillsammans. Med närstående avses make, registrerad partner, sambo, förälder eller barn till ägare enligt ovan.

## Fullt arbetsför

Fullt arbetsför är den som kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte uppbär eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall och/eller av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning. Höjning av löner och inbetalningar kan inte anmälas under pågående sjukperiod och den försäkrade får inte ha varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd under de senaste tre månaderna före ändring. För tiotaggarpension gäller att den försäkrade är fullt arbetsför när höjningen görs. Även om den försäkrade är fullt arbetsför, kan det vid större höjningar krävas att den försäkrade fyller i blanketten Min hälsa.

**Underskrift av försäkringstagare (behörig firmatecknare). Underskriften avser alla uppgifter i listan.**
**Jag intygar att uppgifterna i listan är korrekta samt att de försäkrade som höjer löner och /eller inbetalningar är fullt arbetsföra.**

| Ort och datum | |
|---|---|
| Namnteckning | Namnförtydligande |

LFAB 06256 utg 00 2007-10 Form & Profil