

# Förteckning över anställda/Personalförändringar



Företagsnamn	Organisationsnummer	Avtalsnummer
		TJ

**Blanketten sänds till:**  
 Skandia  
 Dokumenthantering, R803  
 106 37 Stockholm  
 Tfn: 0771-55 55 00

Nyteckning eller nytillkommen personal = N       Ändrad uppgift (fyll endast i uppgift som ska ändras) = Ä

Åtgärd	Personnummer	Namn	Kategori	Datum från och med år, mån	Frilagd premie	Anmäld månadslön, inkl. semesterlön <sup>1)</sup>	Full tjt.tid J/N	Tidigare intjänad tjt.tid i mån.	Tidigare intjänat fri-brev J/N <sup>2)</sup>	Ägare J/N <sup>3)</sup>	KP J/N <sup>4)</sup>	Avanmäld anst. upphör år, mån

<sup>1)</sup>Exempel: Din månadslön är 25 000 kr. Räkna då 25 000 x 12,2/12 = 25 417 kr. <sup>2)</sup>Om "J" bifoga uppgifter om intjänat fri-brev. <sup>3)</sup>Med ägare avses: I handelsbolag, kommanditbolag samt företag som inte är juridisk person, samtliga ägare. I aktiebolag, aktieägare som ensam eller sammanräknat med en annan aktieägare, som är make, sambo, förälder eller barn till honom/henne, äger minst en tredjedel av aktierna. Med sambo avses person som enligt sambolagen (2003:376) stadigvarande bor tillsammans med en annan person i ett parförhållande och har gemensamt hushåll, under förutsättning att ingen av dem är gift eller registrerad partner. **Uteblivet svar i denna kolumn tolkas som N (nej).** <sup>4)</sup>Om "J" ska blankett för val av kompletteringspension sändas in.

**Definition av fullt arbetsför**  
 Den som är fullt arbetsför ska

- kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan undantag
- inte få ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder eller ha vilande sådan ersättning
- inte av hälsoskäl ha särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller liknande.

**Intygande vid försäkring av nyanställd**  
 Vi intygar att den som ska försäkras vid nyteckning p.g.a. nyanställning

- är fullt arbetsför vid tidpunkten för denna blanketts under-tecknande
- har varit fullt arbetsför, med undantag för perioder på högst 15 dagar i följd, sedan anställningen påbörjades.

Det datum som anges ovan är det datum då anställningen påbörjades.

För nyanställd som varit anställd längre tid än sex månader och för ägare krävs normal hälsoprövning vid nyteckning.

**Intygande i övriga fall**  
 Vi intygar att den som ska försäkras vid nyteckning eller den för vilken försäkringsskyddet ska utökas

- är fullt arbetsför vid tidpunkten för denna blanketts under-tecknande
- har varit fullt arbetsför, med undantag för perioder på högst 15 dagar i följd,
  - under de tre månaderna närmast före intygandet
  - under anställningstiden (för det fall den anställde varit anställd kortare tid än tre månader).

Om oriktig eller ofullständig uppgift lämnas, kan Skandia bli fritt från ansvar och försäkringen kan sägas upp eller ändras utan att premie återbetalas.

En förutsättning för nyteckning/ändring enligt ovan är att denna handling kommer till Skandia inom 30 dagar från undertecknandet.

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Företagets underskrift/Behörig företrädare
2 0 - -	
Namn/förtydligande	
Distributörskod	Assistentkod

Livförsäkringsbolaget Skandia, ömsesidigt  
 Säte: Stockholm  
 Org.nr: 516406-0948

Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ)  
 Säte: Stockholm  
 Org.nr: 502017-3083

