

Företagsnamn/Försäkringstagare	Avtalsnummer ¹
--------------------------------	---------------------------

Fylls alltid i	
Försäkringstagare: Organisationsnr*	Förmedlarkod/ Rådgivarkod
	0

Fylls i av Folksam	
Ärende ID:	
	-



*Anges med 10 siffror

Anslutning/ändring gäller följande personer:		Pensions- medförande årslön, kr	Fast/frilagd sparpremie, kr/mån ³ Lönevaxling	Engångspremie	Ny- anslutning	Anställning upphör ⁴	Avsluta premie- inbetalning	Byte av fmg	Bonus- växling	Gäller fr o m	Anställnings- datum	Personen är fullt arbetsför ⁵
Personnummer	Namn											
Försäkringsnummer *	Förmånsgrupp ²				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personnummer	Namn											
Försäkringsnummer *	Förmånsgrupp ²				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personnummer	Namn											
Försäkringsnummer *	Förmånsgrupp ²				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personnummer	Namn											
Försäkringsnummer *	Förmånsgrupp ²				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personnummer	Namn											
Försäkringsnummer *	Förmånsgrupp ²				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personnummer	Namn											
Försäkringsnummer *	Förmånsgrupp ²				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personnummer	Namn											
Försäkringsnummer *	Förmånsgrupp ²				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personnummer	Namn											
Försäkringsnummer *	Förmånsgrupp ²				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

*Anges med 12 tecken

OBS! Underskrift på baksidan

- 1) De fall ett företag har fler än en FolksamPlan är det viktigt att ni anger avtalsnummer så att ändringen avser rätt FolksamPlan. Använd en blankett för varje avtalsnummer och FolksamPlan. Avtalsnummer finns på Mina sidor Företag, på folksam.se. Logga in för att hitta uppgift om avtalsnummer.
- 2) Vid nyanslutning ska här anges vilken förmånsgrupp personen ska tillhöra. I de fall försäkringar inom Liv- och hälsopaketet (TGL, Olycksfall Företag, Sjukvård Mellan) ingår i förmånsgruppen kommer personen att anslutas till dessa i samband med anslutning till FolksamPlan. Om en person som redan är ansluten till en förmånsgrupp ska byta, anges här den förmånsgrupp personen ska tillhöra efter ändringen.
- 3) Med fast sparpremie avses premie för Individuell tjänstepension, Alternativ & pensionslösning, Individuell pension, Bonusväxling och Lönevaxling (vid lönevaxling ska uppräkningsfaktorn inkluderas i beloppet). Om premiebefrielse & gäller för försäkringen kommer den att justeras till den nivå som sätts för sparpremien.
- 4) Personer där anställning upphör avanmäls även från försäkringar inom Liv- och hälsopaketet.

Så här fakturerar Folksam premier

Premien till Folksam faktureras månadsvis i förskott. Fakturan avser nästkommande månad och förfaller till betalning den 1:a i månaden.

Anmälan om start av lönevaxling, ändrat, belopp eller att lönevaxling upphör görs till Folksam senast den 1:a i månaden innan den månad anmälan avser.

Premie för försäkringar inom Liv- och hälsopaketet faktureras månadsvis med separat faktura.

⁵ Vad menas med fullt arbetsför?

Med fullt arbetsför menas att den försäkrade inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, förlängd sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitets- eller sjuk- ersättning, skadelivränta, handikappersättning eller liknande ersättning och inte uppburit sådan ersättning i mer än 14 dagar i en följd under de senaste sex månaderna. I begreppet fullt arbetsför ingår vidare att den försäkrade kan full- göra sitt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar på grund av hälsoskäl och inte haft sådana inskränkningar/anpassningar under de senaste sex månaderna.

Den som beviljats tjänstledighet för att prova på annat arbete (enligt social- försäkringsbalken) betraktas inte som fullt arbetsför. Den som har vilande sjuk- eller aktivitetsersättning eller liknande anses inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättning förklarats vilande. För den som inte har förvärvat arbetat de senaste sex månaderna ska en bedömning göras av vad som skulle ha gällt om nuvarande anställning innehafts under perioden.

För att få omfattas av ålderspensionsförsäkring krävs ingen prövning av den försäkrades hälsa. För att få omfattas av övriga försäkringar i FolksamPlan samt försäkringar inom Liv- och hälsopaketet måste Folksam först pröva den försäkrades hälsa. I vissa fall kan Folksam bevilja försäkring eller medge ändring av försäkring under förutsättning att den försäkrade är **fullt arbetsför**. Även om den försäkrade uppfyller kraven för full arbetsförhet, kan hälsoprövning krävas med hänsyn till bl a den försäkrades ålder och försäkringsbeloppets storlek. I de fall de önskade försäkringsbeloppen vid nyteckning eller höjning överskrider de vid var tid gällande gränser som Folksam tillämpar för krav på hälsoprövning, har Folksam rätt att kräva att den försäkrade ska genomgå sådan hälsoprövning med godkänt resultat innan försäkringen beviljas.

Försäkringstagaren intygar med sin underskrift att det försäkrade är fullt arbetsför i de fall det angivits i ändringslistan.

Underskrift

Ort och datum	Underskrift av firmatecknare/behörig företrädare	Namnförtydligande av firmatecknares/behörig företrädarens underskrift
---------------	--	---

Blanketten skickar du till
Folksam, LIV1010, Box 90346, 120 25 Stockholm