

Bilaga – Personalförändringar

Företagsuppgifter

Företagets namn	Organisationsnummer
-----------------	---------------------

Anställdas uppgifter

Ny	Ändring	Personnummer	Namn	E-post	Pensionsmedförande årslön	Fast/frilagd premie per månad	Förmånsgrupp	Nyanslutning/ ändring gäller fr.o.m ¹	Anställdes sista arbetsdag	Ej fullt arbetsför	Ägare
<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"/>									<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nyanslutning/ändring¹

Om inget datum anges gäller nyanslutning/ändring från och med den 1:a i månaden efter den månad blanketten inkommit till Nordnet Pension.

Försäkringstagarens underskrift

Genom att underteckna detta avtal bekräftas att de försäkrade har tagit del av förköpsinformationen inklusive information om hantering av personuppgifter. Vidare bekräftas, för de riskförsäkringar som tecknas, att samtliga de som ska försäkras är

fullt arbetsföra förutom den eller de som särskilt angetts som "ej fullt arbetsföra". För alla försäkringsavtal som tecknats enligt denna ansökan gäller av Nordnet respektive Bliwa vid var tid tillämpade försäkringsvillkor.

Underskrift Försäkringstagare
(behörig Firmatecknare)

Ort och datum	Namnteckning/Namnförtydligande	Namnteckning/Namnförtydligande
Förmedlare/ Säljare	Förmedlarens-/säljarens kod	Namnteckning/Namnförtydligande