

Acceptblad

AP Sundhedsforsikring - Erhverv og Fritid

Dette acceptblad benyttes til virksomheder, der har mellem 1 og 4 medarbejdere, og har pensionsaftale med AP Pension eller tiltrådt en af AP Pensions rammeaftaler.

- Ny aftale om AP Sundhedsforsikring i AP Pension
- Integreret aftale (betales via pensionsbidraget)
 - Selvstændig aftale (betales af virksomheden via Nets)
- Ændring til bestående aftale i AP Pension

Virksomhedsoplysninger

Virksomhedsnavn	CVR-nummer:	
Adresse:	Postnummer:	By:
Kontaktperson:	Telefon:	E-mail:
<input type="checkbox"/> Enkelt selskab <input type="checkbox"/> Koncern		
Udfyld herunder, hvis aftalen skal omfatte flere selskaber:		
Navn og CVR-nummer:		
<input type="checkbox"/> Moderselskab	<input type="checkbox"/> Datterselskab	<input type="checkbox"/> Søsterselskab
Navn og CVR-nummer:		
<input type="checkbox"/> Moderselskab	<input type="checkbox"/> Datterselskab	<input type="checkbox"/> Søsterselskab
Navn og CVR-nummer:		
<input type="checkbox"/> Moderselskab	<input type="checkbox"/> Datterselskab	<input type="checkbox"/> Søsterselskab
Navn og CVR-nummer:		
<input type="checkbox"/> Moderselskab	<input type="checkbox"/> Datterselskab	<input type="checkbox"/> Søsterselskab
Navn og CVR-nummer:		
<input type="checkbox"/> Moderselskab	<input type="checkbox"/> Datterselskab	<input type="checkbox"/> Søsterselskab
Skal aftalen omfatte mere end fem selskaber, skal en oversigt over selskaberne med navn og CVR-nummer vedlægges.		
<input type="checkbox"/> Oversigt over selskaber vedlagt.		

Oplysninger om rådgiver

Navn:	Agenturnummer
-------	---------------

Indmeldelsesbestemmelser

Er AP Sundhedsforsikring en integreret aftale, følger indmeldelsesbestemmelserne firmapensionsaftalen. Udfyld kun denne boks ved selvstændig aftale:
Medarbejderen skal indtræde i aftalen den 1. i den måned: <input type="checkbox"/> medarbejderen bliver ansat <input type="checkbox"/> hvor medarbejderen har _____ måneders ansættelse
Medarbejderen har mulighed for at oprette en AP Sundhedsforsikring – Privat for ægtefælle/samlever under 65 år og børn mellem 0 og 24 år, der opkræves hos medarbejderen.
A Sundhedsforsikring dækker i det omfang, der er beskrevet i det forsikringsbevis, medarbejderen modtager fra AP Pension, og i de forsikringsbetingelser, der gælder for forsikringen.

Fakturering

Er AP Sundhedsforsikring en integreret aftale, opkræves via pensionsbidraget. Er AP Sundhedsforsikring en selvstændig aftale, faktureres/krediteres virksomheden en gang om året.
Hovedforfald 1. januar efter den: _____

Vederlag

AP Pension afregner følgende vederlag til forsikringsformidler: _____ procent af prisen

Ikrafttrædelse

Aftalen træder i kraft den: _____ (Hvis integreret aftale: tidligst samme dato som firmapensionsaftalen)

Arbejdsgivers underskrift

Dato: _____

Tegningsberettiget underskrift

Navn(e) i blokbogstaver eller stempel
Send Acceptbladet til AP Pension, Østbanegade 135, 2100 København Ø eller via appension.dk/kontakt

Rådgivers underskrift

Dato: _____

Underskrift

Navn(e) i blokbogstaver eller stempel
Sammen med dette acceptblad skal der afleveres medarbejderliste og eventuel fuldmagt og vederlagsaftale.