

## Opplysninger om bedriften:

BEDRIFTENS NAVN:	ORGANISASJONSNUMMER:	KONTAKTPERSON:	E-POST:
------------------	----------------------	----------------	---------

## Opplysninger om produkt(ene):

Ytelsespensjon

Arbeidstakers navn		Fødselsnummer (11 siffer)	Endringsdato (dato kan ikke være frem i tid)	Faktisk årslønn	Stillingsprosent	IKKE 100 % <sup>1)</sup>	Første sykedag <sup>2)</sup>
Etternavn	Fornavn						

<sup>1)</sup> Kryss av for de som IKKE er 100 % arbeidsdyktig på endringstidspunktet.  
<sup>2)</sup> Hvis ikke 100 % arbeidsdyktig, skriv første sykedag.

**Viktig vedrørende arbeidsdyktighet:** Ved vurdering av erstatningssak vil det være krav til 100 % arbeidsdyktighet på endringstidspunktet.

**Merk:** Lønn inkluderer faste tillegg, inklusiv faste skifttillegg. Vær oppmerksom på at det skal ikke tas hensyn til godtgjørelse for overtid, skattepliktige naturatytelser, utgiftsgodtgjørelser eller andre varierende, midlertidige tillegg.

STED/DATO:
UNDERSKRIFT: