MEDDELANDE OM PREMIEFÖRDELNING
ProFundia Gruppension
Konfidentiell

Returadress:

OP-Livförsäkrings Ab
Gruppensionsförsäkringar
PB 308
00101 HELSINGFORS

E-post ProFundia@op.fi
Fax 010 252 7983

På den här blanketten meddelar försäkringstagaren premiefördelningen och personändringar i försäkringen. Meddelandet ska göras senast en vecka före premiens förfallodag.

Om uppgifterna inte ryms på en sida, kan du vid behov fylla i flera blanketter eller sända blankettens uppgifter elektroniskt.

Försäkringstagare: _____
(Företagets namn)

Försäkringsbeteckning: _____
(Gruppensionsförsäkringens försäkringsbeteckning 60-19...)

Premie som betalas totalt: _____

Skriv (x) om det är fråga om en ny person som ansluts till gruppen eller ett datum då en försäkrad upphört att höra till gruppen i enlighet med försäkringsavtalet.

Den försäkrades namn	Personbeteckning	Premie/person	Ny Försäkrad	Försäkrade lämnat gruppen (datum)

OP-Livförsäkrings Ab fördelar alla framtida premier i enlighet med det här eller ert tidigare meddelande om inte försäkringstagaren meddelar annat.

_____ _____/____/20____ _____
Ort Tid Underskrift och namnförtydligande