



FöPL-försäkringsansökan

Teckan inom 6 månader från att FöPL-verksamheten börjat

Uppgifter om företagaren	Efternamn		Alla förnamn	
	Personbeteckning	Telefonnummer	E-postadress	
	Hemadress		Postnummer	Postanstalt
Uppgifter om företaget	Företagets namn		FO-nummer	
	Företagets huvudsakliga adress		Postnummer	Postanstalt
	Företagets telefonnummer			
	Nätfakturaadress		Nätfakturaoperatör	
Faktureringsuppgifter	Betalt av försäkringsavgiften <input type="checkbox"/> företagare <input type="checkbox"/> företag		Försäkringsavgiften betalas i <input type="checkbox"/> i 1 poster <input type="checkbox"/> i 2 poster <input type="checkbox"/> i 3 poster <input type="checkbox"/> i 4 poster <input type="checkbox"/> i 6 poster <input type="checkbox"/> i 12 poster	
	Fakturorna sänds enligt de kontaktuppgifter som uppgetts, om ingen annan faktureringsadress meddelas Jag vill meddela en annan faktureringsadress <input type="checkbox"/> Ja			
	Annan fakturamottagare			
	Faktureringsadress		Postnummer	Postanstalt
	Nätfakturaadress		Nätfakturaoperatör	
Företagarverksamhetens form	Jag arbetar som företagare			
	<input type="checkbox"/> i ett aktiebolag där jag äger över 30 % av aktierna eller röstetalet			
	<input type="checkbox"/> i ett aktiebolag där jag tillsammans med mina familjemedlemmar äger över 50 % av aktierna eller röstetalet			
	<input type="checkbox"/> som bolagsman i ett öppet bolag			
	<input type="checkbox"/> som ansvarig bolagsman i ett kommanditbolag			
<input type="checkbox"/> som enskild näringsidkare				
Företagarverksamhet och grunder för arbetsinkomsten	Verksamhet inom FöPL inleddes dd mm åå		Arbetstimmar per vecka i genomsnitt	
	Uppgift i företaget		Min företagaverksamhet är <input type="checkbox"/> huvudsyssla <input type="checkbox"/> bisyssla	
	Årsomsättning i genomsnitt	Antal anställda utöver företagaren	Högsta lön för underlydande euro/mån	
	Närmare information till grund för arbetsinkomsten			
Arbetsinkomst	Årlig arbetsinkomst, euro/år			
Bilagor till ansökan	<input type="checkbox"/> Fullmakt			
	<input type="checkbox"/> Fullmakt för webbtjänsten			
	<input type="checkbox"/> Annan bilaga, vad?			
Underskrift	Datum		Försäkringstagarens underskrift	
	Försäljare 1, kod	Försäljare 1, namn		Försäljningens fördelning
	Försäljare 2, kod	Försäljare 2, namn		Försäljare 1, % Försäljare 2, %

LO-0073-sv 0422



Återsändning av blanketter

Fyll i, skriv ut och underteckna blanketten. Sänd blanketten med eventuella bilagor till Elo. Elo betalar portot när du adresserar försändelsen till:

Arbetspensionsbolaget Elo
Kod 5010419
00003 SVARSFÖRSÄNDELSE

Du kan också skicka den skannade blanketten via skyddad e-post till adressen elo.fi/e-post

Behandling av personuppgifter i anslutning till pensionsförsäkring

Vi sörjer för våra kunders integritetsskydd och hanterar kundernas personuppgifter enligt bestämmelserna i gällande lagstiftning, t.ex. arbetspensionslagarna, EU:s dataskyddsförordning, den nationella dataskyddslagen och försäkringslagstiftningen samt lagstiftningen om kreditinstitut och placeringsfonder.

En uppdaterad dataskyddsbeskrivning finns på adressen elo.fi/dataskydd