|  |
| --- |
| Virksomhedens navn CVR. nr. |
| Firmapensionsaftalen træder i kraft pr.: Tidligere pensionsleverandør: |
|  |

I forbindelse med skift af pensionsleverandør har [*modtagende pensionsleverandør*] brug for en Arbejdsgivererklæring.

Arbejdsgivererklæringen skal være med til at sikre, at der bliver taget hånd om medarbejdere, der på leverandørskiftetidspunktet har nedsat arbejdskapacitet, eller som er på orlov (uden pensionsindbetalinger) i forhold til 1) at bevare pensionsordningen hos tidligere pensionsleverandør eller 2) at overgå til [*modtagende pensionsleverandør*].

I skal som arbejdsgiver oplyse os om medarbejdere, der har nedsat arbejdskapacitet af én af nedenstående årsager, eller som er på orlov (uden pensionsindbetalinger). I skal gøre det i overensstemmelse med den viden, I har om medarbejderne den dag erklæringen underskrives. Hver medarbejder skal oplyses højst én gang, men med alle relevante årsager.

* Sygemeldt eller delvist sygemeldt
* Ansat på nedsat tid af helbredsmæssige årsager
* Ansat i fleksjob
* Ansat som den tidligere pensionsleverandør behandler en ansøgning om udbetaling ved tab af erhvervsevne for
* Ansat for hvem enten I eller den ansatte selv modtager udbetaling ved tab af erhvervsevne
* Ansat, som er på orlov (uden pensionsindbetalinger).

I skal være opmærksomme på, at det kan få økonomiske konsekvenser både for medarbejderne og for jer som arbejdsgiver, hvis arbejdsgivererklæringen ikke udfyldes korrekt. I kan pådrage jer erstatningsansvar for tab som følge af fejl i udfyldelsen. Kontakt [*modtagende selskab – kontaktperson*], hvis I har spørgsmål.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| For hver medarbejder anføres navn, cpr.nr., mail og telefonnummer.Dato for første sygedag skal angives for de medarbejdere, der er sygemeldt/delvist sygemeldt. Arbejdstid skal angives i timer pr. uge for delvist sygemeldte og ansatte på nedsat tid af helbredsmæssige årsager. Hvis en medarbejder er omfattet af flere punkter, skal de alle anføres. | Sygemeldt på fuld tid (angiv første sygedag) | Deltidssygemeldt (angiv første sygedag) | Hvis delvist sygemeldt – hvad er den aftalte arbejdstid om ugen? (angiv antal timer) | Ansat på nedsat tid af helbredsmæssige årsager (sæt X) | Hvis ansat på nedsat tid af helbredsmæssige årsager – hvad er den aftalte arbejdstid om ugen? (angiv antal timer) | Ansat i fleksjob (sæt X) | Ansat som den tidligere pensionsleverandør behandler en ansøgning om udbetaling ved tab af erhvervsevne for (sæt X) | Ansat for hvem enten I eller den ansatte selv modtager udbetaling ved tab af erhvervsevne (sæt X) | Ansat, der er på orlov (uden pensionsindbetalinger) (sæt X) |
| Navn | Cpr.nr. | Dato: | Dato: | Antal timer/uge: |   | Antal timer/uge: |   |   |  |  |
| E-mail:  | Telefon: |  |
| Navn | Cpr.nr. | Dato: | Dato: | Antal timer/uge: |  | Antal timer/uge: |  |  |  |  |
| E-mail:  | Telefon: |  |  |
| Navn | Cpr.nr. | Dato: | Dato: | Antal timer/uge: |  | Antal timer/uge: |  |  |  |  |
| E-mail:  | Telefon: |  |  |
| Navn | Cpr.nr. | Dato: | Dato: | Antal timer/uge: |  | Antal timer/uge: |  |  |  |  |
| E-mail:  | Telefon: |  |  |  |
| Navn | Cpr.nr. | Dato: | Dato: | Antal timer/uge: |  | Antal timer/uge: |  |  |  |  |
| E-mail:  | Telefon: |  |  |

|  |
| --- |
| Denne arbejdsgivererklæring underskrives ud fra vores viden om medarbejderne dags dato:  |
|  |  |

Dato Underskrift

Arbejdsgivererklæringen underskrives normalt før den nye firmapensionsaftale træder i kraft. [*Modtagende selskab*] vil kontakte jer, hvis I skal afgive en ny erklæring enten på eller efter ikrafttrædelsesdatoen.