

Aftale om sundhedsordning

Undertegnede virksomhed:

CVR-nummer: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____

Kontaktperson: _____

ønsker at indgå aftale om levering af sundhedsordning som tillæg til pensionsordningen for de ansatte med pensionsordning i Industriens Pension.

Vi ønsker at sundhedsordningen skal gælde fra:

Måned og år: _____

Bemærk venligst, at sundhedsordningen tidligst kan gælde 1 kalendermåned efter Industriens Pension har modtaget denne aftale.

Vilkårene

Vilkårene for sundhedsordningen følger de til enhver tid gældende vilkår for Sundhedsordning i Industriens Pension, der kan downloades fra www.industrienspension.dk/sundhed.

Ændringer i vilkårene vil fremgå af Industriens Pensions hjemmeside www.industrienspension.dk, og virksomheden erklærer sig indforstået med, at Industriens Pension ikke har forpligtet sig til at give virksomheden anden særskilt information ved ændring i vilkårene.

Betaling for sundhedsordningen udgør for øjeblikket 500 kr. om året pr. ansat, der er omfattet af sundhedsordningen.

Opsigelse

Denne aftale kan af hver af parterne opsiges med 6 måneders varsel til udgangen af en måned.

Fortrydelsesret

Denne aftale kan fortrydes inden 14 dage efter, at aftalen er underskrevet. Fortrydelse sker ved, at Industriens Pension får skriftlig besked om, at virksomheden vil fortryde aftalen.

Ændring af CVR-nr.

Hvis jeres virksomhed ændrer CVR-nr. vil denne aftale ophøre, og der skal indgås en ny aftale på det nye CVR-nr. På det nye CVR gælder, at samtlige medarbejdere med pensionsordning i Industriens Pension skal være dækket af sundhedsordningen.

Underskrift

Aftalen indgås på den lovgivning m.v., der gælder på aftaletidspunktet, og Industriens Pension har ikke noget ansvar for eventuelle senere ændringer, der skyldes ændret lovgivning eller andre udefra kommende forhold.

Vi erklærer ved vores underskrift(er), at vi har læst og accepteret vilkårene for sundhedsordningen, og at undertegnede kan forpligte virksomheden i overensstemmelse med virksomhedens tegningsregler:

Dato _____

Sted _____

Underskrivers
fulde navn(e)
- blokbogstaver _____

Underskrift(er) _____