

ORGANISASJONSNUMMER

FORETAKSNAVN:

DATO FOR OPPHØR:

BEDRIFTENS KONTONUMMER:

---

**Årsak til at avtalen skal opphøre**

Avvikling av foretaket

Konkurs

Ikke lovpålagt å ha ordningen lenger

Ansatte skal overføres til annet foretak

Annen årsak (spesifiser)

---

**Generelt (Punktene under må bekreftes)**

Alle inn-, utmeldinger og lønnsendringer er sendt Storebrand frem til endringsdato.

Alle syke (inkludert langtidssyke) er innrapportert til Storebrand

Alle innbetalinger frem til opphørsdato er gjort

---

**Annen relevant informasjon****Utfylt skjema sendes til deres serviceansvarlig eller [opphor.itp@storebrand.no](mailto:opphor.itp@storebrand.no).**

STED

DATO

KUNDENS UNDERSKRIFT