**Ansökan om undantag från clearing av**

**OTC-derivat i pensionsverksamhet**

**Företag**

|  |  |
| --- | --- |
| Organisationsnummer      | Företagsnamn      |
| Adress      |
| Postnummer      | Ort      |

**Kontaktperson**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn      | Befattning      |
| E-post      | Telefon      |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Verksamheten** | Avsättningar + överskott (Msek) | Per datum | Andel av verksamhet (%) |
| Tjänstepension |       |       |      |
| Privat pension |       |       |      |
| Övrig verksamhet |       |       |      |

**Separation av tjänstepensionsförsäkring**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Är tjänstepensionsverksamheten fullt separerad enligt art. 4 IORP? | [ ]  Nej | [ ]  Ja - ange hur: |
| [ ]  Separat bankkonto för betalning av premier för tjänstepensionsverksamheten[ ]  Separat depåinstitut för alla tillgångar i tjänstepensionsverksamheten[ ]  Tillgångarna innehas och förvaltas i en tjänstepensionsplans namn[ ]  Tjänstepensionsverksamheten är helt avskild i händelse av obestånd[ ]  Andra åtgärder, beskriv i detalj:  |
|       |

**Svårighet att ställa marginalsäkerheter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Skulle företaget ha svårigheter att ställa marginalsäkerheter för central clearing av OTC-derivat?  | [ ]  Nej  | [ ]  Ja - ange hur\*: |
| [ ]  Begränsat innehav av likvida medel inom pensionsverksamheten[ ]  Kostnadsökningar (t.ex. lägre avkastning eller ökade transaktionskostnader )[ ]  Ineffektivitet till följd av omvandling av placeringstillgångar till likvida medel[ ]  Inget stort överskott av likvida medel i förhållande till faktiska utbetalningar[ ]  Annat, ange vad:  |
|       |
| \*Bifoga en skriftlig redogörelse för varje valt alternativ ovan. Ange i belopp och procent hur pensionsverksamheten skulle påverkas om marginalsäkerheter ställs. |

**Koppling till finansiell solvens**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Använder företaget OTC-derivat för att på ett objektivt mätbart sätt minska investeringsrisker med direkt koppling till den finansiella solvensen för pensionsverksamheten? | [ ]  Nej | [ ]  Ja – ange hur: |
|       |
| Ange omfattningen av företagets användning av OTC-derivat enligt ovan: |
|       |
| Använder företaget OTC-derivat för andra ändamål? | [ ]  Nej | [ ]  Ja – ange vad: |
|       |
| Ange omfattningen av företagets användning av OTC-derivat enligt ovan:  |
|       |

**Underskrift av behörig företrädare**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort      | Datum      |
| Namn (textat)      | Befattning      |
| Underskrift |  |