**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 |  |