

Försäkringsnummer

Texta gärna!

FÖRSÄKRAD

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid
Postnummer och ortnamn	

TYP AV ÄNDRING

<input type="checkbox"/> Betalningsavbrott (fribrev) <input type="checkbox"/> Ändrad pensionsålder: _____ år <input type="checkbox"/> Ändrad premie 1): _____ kr <input type="checkbox"/> Betalningsuppehåll (minst 1 år, max 2 år) Fr o m _____ T o m _____ <input type="checkbox"/> Ny utbetalningstid <input type="checkbox"/> Temporär (minst 5 år) _____ år <input type="checkbox"/> Livsvarig	<input type="checkbox"/> Ny försäkringsform: <input type="checkbox"/> Ålderspension med återbetalningsskydd 2) <input type="checkbox"/> Ålderspension utan återbetalningsskydd <input type="checkbox"/> Ålderspension utan premiebefrielseförsäkring (Önskas tillägg av premiebefrielseförsäkring skall blanketten "Ansökan AI Tjänstepension användas")
--	--

- 1) Vid höjning som överstiger 20 % av premien per 12 månadersperiod krävs ny hälsoförklaring bifogad till denna ändringsblankett (gäller endast om försäkringen innehåller premiebefrielseförsäkring och om årspremien överstiger 18 000 kr)
 2) Hälsodeklaration bifogas om inte familjesituationen har ändrats de senaste 12 månaderna. Gäller om något av följande ändrats:
 - ingått äktenskap, registrerat partnerskap eller samboförhållande
 - fått arvsberättigade barn (biologiskt/adoption)

FÖRMÅNSTAGARE (MARKERA MED KRYSS (X) I LÄMPLIG RUTA)

Alternativ 1

<input type="checkbox"/> I första hand den försäkrades make. I andra hand den försäkrades barn.	Med barn avses arvsberättigade barn i första led. Vid tjänstepension är den försäkrade förmånstagare till ålderspensionen och de personer som angivits till efterlevandepensionen. Arbetsgivaren utfäster sig att inte utan den försäkrades medgivande återkalla förordnandet.
<input type="checkbox"/> Den försäkrades make och den försäkrades barn.	Om du inte bestämt annat gäller följande - Du lyfter själv försäkringspengarna, om du lever då utbetalning sker. - Belopp som utbetalas efter din död tillfaller förmånstagare.
<input type="checkbox"/> I första hand den försäkrades barn. I andra hand den försäkrades make.	- Förmånstagare får även den återbäring som hör till försäkringen. - Finns det flera förmånstagare, regleras deras rätt av förmånstagarförordnandet. - Har någon förmånstagare avlidit eller vill avstå från sin rätt, tillfaller pengarna de närmast berättigade enligt förordnandet.

Alternativ 2

Annat förordnande då ingen av ovanstående allmänna formuleringar är lämplig. Så är bl a fallet då annan än make (t ex sambo) eller arvsberättigade barn (t ex styvbarn) ska vara förmånstagare. Här kan även eventuella tillägg göras, t ex om förfoganderätt. För namngiven förmånstagare anges i tur och ordning

Namn, personnummer (10 siffror)	Relation till den försäkrade (t ex sambo)
Namn, personnummer (10 siffror)	Relation till den försäkrade (t ex sambo)
Namn, personnummer (10 siffror)	Relation till den försäkrade (t ex sambo)
Namn, personnummer (10 siffror)	Relation till den försäkrade (t ex sambo)

20121217

UNDERSKRIFT FÖRSÄKRAD

De uppgifter som jag lämnat på denna blankett ska ligga till grund för ändringen. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Datum	Namnteckning
-------	--------------

UNDERSKRIFT FÖRETAG (VID HÖJNING AV PREMIE SAMT ÄNDRING AV UTBETALNINGSTID OCH PENSIONSÅLDER)

Försäkringen avser tjänstepension och vi ska betala premien. Återbetalning av sparpremie på grund av dödsfall eller premiebefrielse sker till oss (gäller ej premie för premiebefrielseförsäkringen). Om anställningen upphör under premiebetalningstiden återbetalas till oss premie avseende tiden från den första i månaden efter den då anställningen upphörde, dock tidigast från den månad anmälan inkommit till AI Pension. Vi är införstådda med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd mm, i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga. Då anställning upphör har den försäkrade rätt att få försäkringen överlåten till sig själv eller ny arbetsgivare (gäller ej premiebefrielseförsäkringen). Vi intygar härmed att den försäkrade är fullt arbetsför i enlighet med den definition för detta som anges i Bliwas villkor.

Datum	Namnteckning
-------	--------------