

1. FÖRSÄKRING FRÅN VILKEN KAPITALET SKA FLYTTAS

Försäkringsbolag (avgivande bolag)	Försäkringsnummer
Försäkringstagare	Org.-/Personnr (år, mån, dag och nr)
Försäkrad (om annan är försäkringstagare)	Personnr (år, mån, dag och nr)
Kategori: <input type="checkbox"/> Privat pensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Avtalspensionsförsäkring	Avtalsområde

- Vid tjänstepension då plan omfattande flera anställda ska flyttas: Bifoga lista med försäkrings- och personnummer, försäkrads namn, försäkrads underskrift för samtliga anställda flytten avser.
- Jag/Vi säger härmed upp ovanstående försäkringsavtal och försäkringskapitalet ska flyttas till nedan angiven försäkring.
- Jag/Vi är medveten om att försäkringen upphör att gälla i och med att försäkringskapitalet överflyttas och att jag/vi därefter inte har några anspråk gentemot det avgivande försäkringsbolaget på grund av den avslutade försäkringen.
- Jag/Vi är införstådd med att eventuella kostnader i samband med flytten kommer dras från mitt försäkringskapital före överflyttningen.
- Jag/Vi godkänner att det avgivande försäkringsbolaget äger rätt att begära in hälsohandlingar vid eventuell hälsoprövning.
- Jag/Vi är medveten om samt tar fullt ansvar för att om flytt av kapitalet enligt detta uppdrag inte sker från en pensionsförsäkring till en annan pensionsförsäkring kan jag/vi personligen drabbas av avskattning, i enlighet med inkomstskattelagen.

GODKÄNNER

Jag/Vi godkänner att försäkringskapitalet överflyttas till nedan angivet bolag så snart det avgivande bolaget fått in de handlingar som krävs och handlagt ärendet klart. I annat fall genomförs flytten vid den tidpunkt som framgår av försäkringsvillkoren.

2. UNDERSKRIFT

Ort, datum	Ort, datum
Försäkringstagare	Försäkrad (om annan än försäkringstagare)
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Ort, datum	
Oåterkallelig förmånstagare (i förekommande fall)	
Namnförtydligande	

3. FÖRSÄKRING TILL VILKEN KAPITALET SKA FLYTTAS

Mottagande bolagets intygande angående pensionsförsäkring

Mottagande bolag intyggar, och tar det fulla ansvaret för, att den mottagande försäkringen som tecknats för att ta emot försäkringskapitalet, uppfyller alla krav som ställs på en pensionsförsäkring enligt inkomstskattelagen och att denna försäkring inte är ett individuellt pensionssparkonto (IPS). Vidare intyggar mottagande bolag, och tar det fulla ansvaret för, att försäkringen har samma försäkringstagare och försäkrad som den försäkring som försäkringskapitalet flyttas från enligt punkt 1 ovan.

Bankgiro (ej OCR-spärrade)	PlusGiro (ej OCR-spärrade)	Referens/Försäkringsnr
Kategori: <input type="checkbox"/> Privat pensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Avtalspensionsförsäkring		Avtalsområde
Bolag		Org.nr
Utdelningsadress (gata, box e.d.)	Postnr, ortnamn	
Ort, datum		
Underskrift - behörig företrädare för försäkringsbolaget	Namnförtydligande	
E-postadress	Telefon (inkl. riktnr)	Fax (inkl. riktnr)