

1. Försäkring FRÅN vilken kapitalet ska flyttas

Försäkringsbolag (avgivande bolag)	Försäkringsnummer
Försäkringstagare	Personnr/Organisationsnr
Försäkrad (om annan än försäkringstagare)	Personnummer
Kategori <input type="checkbox"/> Privat pensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Avtalspensionsförsäkring	Vilket avtalsområde?

Vid tjänstepension då plan omfattande flera anställda ska flyttas: Bifoga lista med försäkrings- och personnummer, försäkrads namn och försäkrads underskrift för samtliga anställda som flytten avser.

Jag/Vi säger härmed upp ovanstående försäkringsavtal och vill att 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 godtar och 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 enligt inkomstskattelagen.

Godkänner

<input type="checkbox"/> 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

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

3. Försäkring TILL vilken kapitalet ska flyttas

Mottagande bolagets intygande angående pensionsförsäkring			
Mottagande bolag intygar, 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 intygar 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/Försäkringsnummer	
Kategori <input type="checkbox"/> Privat pensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Avtalspensionsförsäkring			Vilket avtalsområde?
Bolag			Organisationsnummer
Adress		Postnummer och ort	
Datum	Ort		
Underskrift - behörig företrädare för försäkringsbolaget		Namnförtydligande	
E-postadress		Telefon (inkl. riktnr)	Fax (inkl. riktnr)