Swedbank

Uppdrag om flytt av Kollektivavtalad tjänstepension

Uppdraget skickas till
Swedbank Försäkring, FE 902, 107 77 Stockholm

Observera att flytt inte innebär omval av försäkringsbolag för nya premier. Information om hur du gör ett omval, får du hos din valcentral.

☐ BTPK ☐ PA16 ☐ AIP

Personnummer

								–				

P-id

Försäkring FRÅN vilken kapitalet ska flyttas **Försäkringsnummer**

Försäkringsbolag (avgivande bolag)	

Försäkrad	Personnummer
Återbetalningsskydd ☐ Ja ☐ Nej Uppgift om återbetalningsskydd ska vara samma som den avgivande försäkringen.	

Försäkringstagare
(Arbetsgivare som senast betalat in premier på försäkringen)

Namn	Ombud	P-id
	E-post	
Orgnr	Telefon (även riktnr)	

Jag säger härmed upp ovanstående försäkringsavtal och vill att försäkringskapitalet ska flyttas till nedan angiven försäkring.

Jag är medveten om att försäkringen upphör att gälla i och med att försäkringskapitalet överflyttas och att jag därefter inte har några anspråk gentemot det avgivande försäkringsbolaget på grund av den avslutade försäkringen. Jag är införstådd med att eventuella kostnader i samband med flytten kommer dras från mitt försäkringskapital före överflyttningen.

Jag 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 personligen drabbas av avskattning enligt inkomstskattelagen.

Jag godkänner att det avgivande försäkringsbolaget äger rätt att begära in hälsohandlingar vid eventuell hälsodeklaration.

Jag 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.

Jag har fått uppgifter om flyttavgifter och omfattning av nuvarande försäkringsavtal via blanketten "Begäran om upplysningar inför eventuell flytt" eller på annat sätt.

Underskrift

Datum	Försäkrad
Namnförtydligande	

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 att bolaget är valbar försäkringsgivare för det angivna avtalsområdet och att försäkringen uppfyller de krav som kollektivavtalsparterna upprättat.

Bankgiro (ej OCR-spärrade)	Referens/Försäkringsnummer	Kategori	
385-0922		☒ Tjänstepensionsförsäkring (Kollektivavtalad)	
Försäkringsbolag (mottagande bolag)	Styrelsens säte	Organisationsnummer	Utdelningsadress
Swedbank Försäkring AB	Stockholm	516401-8292	105 34 Stockholm
Datum	Underskrift - behörig företrädare för försäkringsbolaget	Namnförtydligande	
E-post		Telefon (även riktnr)	Hemsida
		08 - 5859 0000	www.swedbank.se