

Namn	Personnummer
------	--------------

Tilläggs pension

<input type="checkbox"/> Jag har inga sådana försäkringar			
2. Jag har tilläggs pension från ITP, STP eller liknande			Fribrevsvärde/år
<input type="checkbox"/> ITP	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej

Andra pensionsförmåner (tjänstepension, livränta mm)

<input type="checkbox"/> Jag saknar sådana förmåner			
Utgivare	Pensionsålder	Pensionsbelopp kr/år	Utbetalningstid

ATP

Ange om ni under någon tidsperiod har varit undantagen från ATP

Näringsverksamhet

Verksamhetsform	
<input type="checkbox"/> Enskild firma	<input type="checkbox"/> Handelsbolag
<input type="checkbox"/> Aktiebolag	<input type="checkbox"/>
Verksamhetens art	Verksamhetens firma
Jag har drivit verksamheten åren fr o m - t o m	Verksamheten har utgjort min huvudsakliga inkomstkälla
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Min andel i verksamheten utgjorde/utgör i procent	Av min verksamhet upphör i procent

Om näringsverksamheten avser jordbruk lämnas dessutom följande uppgifter

Fastighetens beteckning	Lagfaren ägare
Fastighetens areal	Om avyttringen inte avser hela fastigheten ange hur stor del som avyttrats i procent

Datum då näringsverksamheten avyttrades

INKOMST

Inkomst av kapital som är att hänföra till vinst med anledning av överlåtelse av förvärvskällan Kr	Nettointäkt av förvärvskällan under beskattningsåret Kr
--	---

Lån eller nettointäkt av förvärvskällan de fem föregående beskattningsåren	År	År	År	År	År
	Kr	Kr	Kr	Kr	Kr

Mina intäkter av förvärvskällan för de beskattningsår som redovisats ovan har påverkats av konsolideringar i näringsverksamheten under dessa år
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om verksamheten har konsoliderats ska detta styrkas med årsredovisningar för det första och det sista av de beskattningsår som redovisats ovan

FRAMTIDA FÖRSÖRJNINGSMÖJLIGHETER

--

Namn	Personnummer
------	--------------

Vid prövning av om förhöjt avdrag bör medges tas hänsyn bl a till sökandens möjligheter att i framtiden förbättra sitt befintliga pensionskydd. En sådan förbättring kan vara utesluten med hänsyn till sökandens ålder, men även till följd av sjukdom eller handikapp. Om ni bedömer att ni i framtiden inte har någon möjlighet att förbättra ert pensionskydd ska detta styrkas med läkarintyg.

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Bilagor

Bifoga i förekommande fall följande handlingar

- Kopia av överlåtelsehandling
- Kopia av er senast avgivna självdeklaration
- Ett utdrag över era pensionsförmåner från det allmänna pensionssystemet (rosa kuvertet)
- Övrigt (t ex årsredovisningar eller läkarintyg, i de fall sådana handlingar åberopas)

Datum	Namnunderskrift (Då ombud anlitas ska fullmakt bifogas)
-------	---