

ÖVERFÖRING AV MEDEL

Denna blankett används i följande fall:

- Byte från Direktension Fond till Företagskapital Fond
- Byte från Företagskapital Fond till Direktension Fond

Organisationsnummer																				
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Personnummer (12 siffror)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Försäkringstagarens namn

Vid överlåtelse av kapitalförsäkring används SF 148.
 Vid byte av Företagskapital Depå till Direktension Depå används blankett SL 019 samt SF 239.
 Vid byte från Direktension Depå till Företagskapital Depå används blankett SL 019.

Försäkring nr:																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBS! Ta bort eventuell överföring till försäkringen

Ombud nr	Handläggare
E-post	
P-id	Telefonnummer

<input type="checkbox"/> Medlen överförs till nyöppnad försäkring i Synk.																				
---------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Köpfungdelning	OBS! Fondandelar i den avgivande försäkringen kommer att säljas och placering göras i den mottagande försäkringen enligt den köpfungdelning som gäller för den senare försäkringen. Detta kan innebära att medlen i försäkringen ligger utanför marknaden en kort tid.
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Försäkringsbrev	Är försäkringen tecknad före 1 januari 1997 ska försäkringsbrevet bifogas, såvida detta inte tidigare utbytts mot försäkringsbesked. Är försäkringsbrevet förkommet, måste det dödas. Kontakta i så fall Swedbank Försäkring.
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FÖRSÄKRINGSTAGARENS UNDERSKRIFT

(Om ägaren är omyndig undertecknas blanketten av förmyndaren. Är t ex båda föräldrarna förmyndare, ska båda underteckna blanketten)

Datum	Namnteckning
Telefonnummer	Namnförtydligande

UNDERSKRIFT AV PANTHAVARE

I egenskap av panthavare godkänner jag/vi ovanstående överföring samt anmäler att pantförskrivningen i den ursprungliga försäkringen ska upphöra.

Datum	Namnteckning
Telefonnummer	Namnförtydligande

