

Fullmakten avser

<input type="checkbox"/> Privat Pension	<input type="checkbox"/> Tjänste Pension	<input type="checkbox"/> Avtals Pension	<input type="checkbox"/> Kapital Pension	Försäkringsnummer
---	--	---	--	-------------------

Försäkring för vilken upplysningar önskas

Försäkringsbolag	
Försäkringstagare	Person-/organisationsnummer
Försäkrad (om annan än försäkringstagare)	Personnummer

Fullmaktshavare

Försäkringsbolag/förmedlare	Kontaktperson	Telefonnummer (även riktnummer)
E-post adress		Faxnummer (även riktnummer)

Underskrift

Jag/Vi ber er skicka nedan begärda uppgifter om försäkringen till kontaktpersonen ovan. Jag/Vi ger samtidigt kontaktpersonen samt handläggaren på Svensk Handel Försäkringar fullmakt att inhämta eventuella kompletterande uppgifter om försäkringen som denne bedömer erfordras för att utreda förutsättningarna för flytt av försäkringskapitalet till Svensk Handel Försäkringar. Denna fullmakt gäller i 6 månader från undertecknandet.
Personuppgiftslagen. De personuppgifter fullmaktshavaren inhämtar och behandlar med stöd av denna fullmakt ska hanteras i enlighet med Personuppgiftslagen.

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning försäkrad	Namnteckning Försäkringstagare/Behörig Firmatecknare
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Ej flyttbar

IPS (IPS kan ej flyttas till försäkring)

Upplysning om ovanstående försäkring (fylls i av nuvarande försäkringsgivare)

<input type="checkbox"/> Privat Pension	<input type="checkbox"/> Tjänste Pension	<input type="checkbox"/> Kapital Pension	<input type="checkbox"/> Avtals Pension	<input type="checkbox"/> Privat Tjänstepension
<input type="checkbox"/> Fond	<input type="checkbox"/> Trad.	Ursprungligt försäkringsavtal ingicks (år-mån-dag)	Försäkringstyp/tariff	Försäkringsnummer
Totalt försäkringskapital	Beräknat per	Varav garanterat		Varav överskott
<input type="checkbox"/> Efterlevande Pension	Belopp/mån kr	Utbetalningstid/slutålder	<input type="checkbox"/> Återbetalnings-skydd	Belopp/procent
Ingår premiefrielse?	Belopp kr	Finns pågående sjukskada?	Krävs hälsoprövning för flytt	Ev karenstid för flytt
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Preliminär flyttavgift	Preliminär marknadsvärdesjustering			Preliminärt flyttbart kapital, netto
Övriga försäkringar som avslutas vid flytt				
<input type="checkbox"/> oåterkalleligt förmånstagarförordnande	Namn			Personnummer

Underskrift av nuvarande försäkringsbolag

Handläggare	Adress
Telefonnummer	Faxnummer
Ort och datum	E-postadress
Underskrift av nuvarande försäkringsgivare	