

Försäkring från vilken kapitalet ska flyttas

Försäkringsnummer	Försäkringsbolag (avgivande bolag)		
Försäkringstagare		Person-/organisationsnummer	
Försäkrad (om annan än försäkringstagare)		Personnummer	
Preliminärt belopp att flytta			

Vid tjänstepension då plan omfattande flera anställda ska flyttas: Bifoga lista med försäkringsnummer, personnummer, försäkrades namn, försäkrades underskrift för samtliga anställda flytten avser.

Jag/vi säger härmed upp ovanstående försäkringsavtal och 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 avgivande försäkringsbolag 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 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.

Jag/vi godkänner att det avgivande försäkringsbolaget äger rätt att begära in hälsohandlingar vid eventuell hälsoprövning.

Underskrift

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning försäkrad	Namnteckning försäkringstagare behörig firmatecknare
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Det mottagande bolagets noteringar

Härmed förklarar vi oss villiga att ta emot försäkringskapitalet av samma kategori som tidigare. Försäkring har tecknats för detta ändamål med samma försäkringstagare och försäkrad som på den försäkring som försäkringskapitalet flyttats från. Försäkringskapitalet flyttas till en försäkring och inte IPS.

Bankgiro 724-9998	Plusgiro 156603-3	Referens/Försäkringsnummer	
<input type="checkbox"/> Privat Pension	<input type="checkbox"/> Tjänstepension	<input type="checkbox"/> Privatägd Tjänstepension	<input type="checkbox"/> Avtalspension
Mottagande försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Svensk Handel Fondförsäkring AB org nr: 516406-0310		Mottagande försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Svensk Handel Pensionskassa org nr: 802005-5631	
Ort och datum		Telefonnummer (inkl riktnummer)	
Namnteckning av kontaktperson Svensk Handel Försäkringar		Faxnummer (inkl riktnummer)	
Namnförtydligande		E-post adress	