

Servicenivå

- ☐ Basservice
☐ Basservice Plus
☐ Fullservice

Förmedlare	Förmedlarkod
------------	--------------

Försäkrad

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Postnummer och Ort	
Epost	

Försäkringstagare

Organisationsnummer	
Namn	Adress
Postnummer och Ort	
Epost	

Ansökan tjänstepension med traditionell förvaltning

Startdatum	Inflyttat kapital, ca	Återbetalningsskydd ☐ Ja ☐ Nej
Utbetalningsålder	Utbetalningstid	

Förmånstagarförordnande

Förmånstagarförordnande enligt standard, det vill säga i första hand den försäkrades make/maka/sambo, i andra hand den försäkrades barn. Om annan omfattning önskas, ska blankett "Ändring av förmånstagarförordnande" skickas in.

Ägare vid tjänstepension

Försäkringen tecknas med arbetsgivaren/premiebetalaren som försäkringstagare. Om överlåtelse ska ske så att tjänstepensionsförsäkringen blir privatägd tjänstepension eller till en ny arbetsgivare ska detta ske på, av SH Pension Tjänstepensionsförening angiven överlåtelseblankett.

Försäkring från vilken kapitalet ska flyttas

Försäkringsbolag	Försäkringsnummer
Försäkringstagare	Personnummer/organisationsnummer
Försäkrad (om annan är 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.

Underskrift

Ort och datum	
Namnteckning försäkrad	Namnförtydligande
Namnteckning försäkringstagare	Namnförtydligande
Namnteckning försäkringstagare	Namnförtydligande
☐ Jag intygar härmed att jag ensam äger aktiebolaget ovan till 100 % och att jag därmed kan underteckna uppdrag om flytt som både försäkrad och försäkringstagare.	

Mottagande bolags noteringar

Härmed förklarar vi oss villiga att ta emot försäkringskapitalet av samma kategori som tidigare. Befintlig försäkring finns sedan tidigare hos oss eller ny försäkring har tecknats för detta ändamål med samma försäkrad som på den försäkring som försäkringskapitalet flyttats från. Vi intygar att utbetalning inte påbörjats från mottagande försäkring. Försäkringskapitalet flyttas till en försäkring och inte IPS.

Mottagande bolags noteringar

Bankgiro 370-2800	Referens/försäkringsnummer
☐ Tjänstepension	☐ Privatägd tjänstepension
Mottagande försäkringsbolag SH Pension Tjänstepensionsförening, org.nr 802005-5631	
Ort och datum	Telefonnummer
Namnteckning kontaktperson SH Pension	Namnförtydligande