

Försäkringstagare

Namn/Företag		Personnr/Orgnr	Försäkringsnr
Adress	Postnr	Postort	Land (om annat än Sverige)***
Telefon	E-post		

Försäkrad – om annan än försäkringstagare

Namn/Företag			Personnr
Adress	Postnr	Postort	Land (om annat än Sverige)***
Telefon	E-post		

Återköp* (ID-kopia ska alltid bifogas)

Helåterköp (100 %) Försäkringen annulleras och upplupna avgifter dras av.		
Delåterköp. Ange antingen % av kapital eller belopp i kr**.	% av kapitalet	belopp i kr**

* Vid innehav i fler än en fond fördelas återköpet jämnt mellan de olika fonderna

** Då fondandelar avyttras kan det utbetalda beloppet avvika från begärt belopp

Utbetalning (ID-kopia ska alltid bifogas)

Första utbetalning ska ske (tidigast två månader efter det Futur Pension mottagit begäran)	År	Månad
Samma utbetalningsvillkor som tidigare		
Ändrad utbetalningstid – Tidsbegränsad utbetalning. Ange antal år:		
Ändrad utbetalningstid – Livsvarig utbetalning. Utbetalning sker så länge den försäkrade lever		
Övriga önskemål		

Konto för utbetalning

OBS! Utbetalning kan endast ske till försäkringstagarens konto (transaktionskonto).

Vid företagsägd kapitalförsäkring kan utbetalning endast ske till **företagets konto**.

Jag önskar få pengarna insatta på konto.	Kontoinnehavare	Bank***	Clearingnr	Kontonr
Futur Pension är skyldig att dra 30 % i skatt på pensionsförsäkringar. I det fall du önskar en högre procentsats ange denna				%

*** Vid utländsk adress eller kontonummer ska blankett Egenförsäkrans skattehemvist - Privatperson/Företag fyllas i (gäller ej tjänstepensioner).

Underskrift av försäkringstagare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

Underskrift av försäkrad – om annan än försäkringstagare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

Underskrift av panthavare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Underskrift av förmedlare/rådgivare/assistent

Ombudskod	Telefon	E-post
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande