

Omvalsblankett

Gemensam tjänstepension, GTP

Om blanketten inte är korrekt ifylld kommer vi be dig att komplettera den. Fyll i det eller de steg du vill ändra. Lämnar du ett steg tomt behåller du det eller de val du redan har gjort.

1. Försäkringsbolag och sparform - Du kan endast välja ett försäkringsbolag. Välj antingen traditionell pensionsförsäkring eller fondförsäkring.

TRADITIONELL PENSIONS FÖRSÄKRING

- Folksam ömsesidig livförsäkring
 KPA Pensionsförsäkring AB (publ)

FONDFÖRSÄKRING

- Folksam LO Fondförsäkringsaktiebolag (publ)
 Futur Pension Försäkringsaktiebolag (publ)
 Swedbank Försäkring AB

Obs! Markera med endast ett kryss
På pensionsvalet.se hittar du mer
information och länkar till de valbara
försäkringsbolagen.

2. Återbetalningsskydd - Om du väljer återbetalningsskydd måste du även fylla i under rubriken Familjehändelse.

Jag vill ha återbetalningsskydd

Jag vill ta bort återbetalningsskydd

Familjehändelse

Jag har under de senaste 12 månaderna:

- Gift mig Blivit sambo Fått barn

Om du inte har gift dig, blivit sambo eller fått barn under de senaste 12 månaderna ska du fylla i Hälsodeklarationen på sista sidan.

Datum för familjehändelsen

3. Underskrift - Skriv under för att valet ska gälla.

Namn

Personnummer (10 siffror)

Namnteckning

Datum

Pensionsvalet sänder dig en bekräftelse på ditt val.
Inga meddelanden kan lämnas på denna blankett.

Hälsodeklaration

1. Är du fullt arbetsför? (Det vill säga att du inte uppbär sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Behandlas eller kontrolleras du regelbundet för sjukdom, skada eller handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Har du under de senaste fem åren vårdats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Har du svarat "Nej" på fråga 1 eller "Ja" på någon av frågorna 2 eller 3, ska du lämna kompletterande uppgifter om anledningen eller om vilken sjukdom, skada eller handikapp det gäller. Du ska även uppge tidpunkt, eventuell behandling och resultat samt vilken läkare (namn och mottagningsadress) eller sjukvårdsinrättning (klinik eller avdelning) du anlitat.

Kompletterande uppgifter till hälsodeklarationen (var god texta):

Underskrift

De uppgifter jag lämnat i hälsodeklarationen ska ligga till grund för försäkringen. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen inte gäller.

Namn	Personnummer (10 siffror)
Namnteckning	Datum

Pensionsvalets noteringar

