

# Omvalsblankett KTP I

## Fremia-Handels

Tänk på att en blankett som inte är korrekt ifylld kommer att returneras.  
Lämnar du ett steg tomt, behåller du det eller de val du redan gjort.

### 1. Försäkringsbolag och sparform - Fyll i det eller de steg du vill ändra.

**Steg 1a:** Välj en traditionell pensionsförsäkring, för 50 % av kommande ålderspensionspremier hos ett av följande valbara försäkringsbolag, markera med ett kryss.

- Folksam ömsesidig livförsäkring       KPA Pensionsförsäkring AB (publ)

Om du i framtiden vill flytta detta pensionskapital kan du endast flytta kapitalet till en ny traditionell pensionsförsäkring hos annat valbart försäkringsbolag.

**Steg 1b:** Välj en traditionell pensionsförsäkring eller en fondförsäkring för resterande 50 % av ålderspensionspremien hos ett av följande valbara försäkringsbolag, markera med ett kryss.

#### TRADITIONELL PENSIONS FÖRSÄKRING

- Folksam ömsesidig livförsäkring  
 KPA Pensionsförsäkring AB (publ)

#### FONDFÖRSÄKRING

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

Om du i framtiden vill flytta detta pensionskapital kan du flytta kapitalet till en ny traditionell pensionsförsäkring eller en ny fondförsäkring hos annat valbart försäkringsbolag.

På pensionsvalet.se hittar du mer information och länkar till de valbara försäkringsbolagen.

### 2. Återbetalningsskydd

- Jag vill ha återbetalningsskydd       Jag vill ta bort återbetalningsskydd  
- fyll även i uppgifterna under rubriken Familjehändelse nedan

### 3. 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 nästa sida.

### 4. Underskrift - Skriv under för att valet ska gälla.

Namn	Personnummer (10 siffror)
Namn-teckning	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. Kontrolleras eller behandlas du för pågående eller tidigare sjukdom, symtom, skada, annat kroppsfel eller handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Har du under de senaste tre 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 genom att besvara frågorna A-F. Kompletterande uppgifter till hälsodeklarationen (var god texta):	
A. Anledning (sjukdom, symtom, skada, handikapp, annat).	
B. När debuterade dina besvär?	
C. När behandlades/kontrollerades du senast?	
D. Vilken typ av behandling har du fått? (operation, läkemedel, annat)	
E. Sedan när är du symtomfri? Om inte, ange vilka besvär som kvarstår.	
F. Namn och adress till den/de vårdgivare du anlitat.	
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)
Namn-teckning	Datum
Pensionsvalets noteringar	

