

Omvalsblankett tjänstepension Gamla PA-KFS

1. Ändring av försäkringsbolag och/eller sparform - sätt endast ett kryss	
TRADITIONELL FÖRSÄKRING	FONDFÖRSÄKRING
<input type="checkbox"/> Alecta 020-78 22 80 alecta.se	<input type="checkbox"/> Futur Pension 08-504 225 00 futurpension.se
<input type="checkbox"/> KPA Pension 020-650 500 kpa.se	<input type="checkbox"/> Folksam 020-326 326 folksam.se
<input type="checkbox"/> Skandia Liv 0771-55 55 00 skandia.se	<input type="checkbox"/> Länsförsäkringar 020-313 313 lansforsakringar.se
2. Återbetalningsskydd	
<input type="checkbox"/> Jag vill välja bort återbetalningsskydd (Omfattar all kompletterande ålderspension inom avtalet Gamla PA-KFS).	<input type="checkbox"/> Jag vill lägga till återbetalningsskydd (Om du även vill ha återbetalningsskydd för redan inbetalade premier till kompletterande ålderspension inom avtalet Gamla PA-KFS måste du komplettera med uppgifter på baksidan av blanketten).
3. Familjeskydd - Välj bort	
<input type="checkbox"/> Jag vill välja bort familjeskydd	
4. Underskrift - Skriv under för att valet ska gälla	
Namn	Personnummer (10 siffror)
Namnsteckning	Datum

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

Komplettera med uppgifter nedan om du vill att återbetalningsskyddet även ska gälla för redan inbetalade premier.

Familjehändelse

Om du väljer återbetalningsskydd inom 12 månader efter en familjehändelse fyller du endast i uppgifterna i "Familjehändelse" nedan. Jag har under de senaste 12 månaderna:

Gift mig Blivit sambo Fått barn

Datum för familjehändelse:

Hälsodeklaration

Om du väljer återbetalningsskydd utan samband med familjehändelse, ska du fylla i hälsodeklarationen.

1. Är du fullt arbetsför? (det vill säga inte uppbär sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning) Ja Nej

2. Behandlas eller kontrolleras du för sjukdom, skada eller handikapp? Ja Nej

3. Har du under de senaste fem åren vårdats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal? Ja Nej

Har du svarat "Nej" på fråga 1 eller "Ja" på någon av frågorna 2-3, ska du lämna kompletterande uppgifter om anledningen eller om vilken sjukdom, skada eller handikapp det gäller. Du ska också 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

