Pensionsvalet

Omvalsblankett KTP 1

KFO-Forena/Handels/Sacoförbund

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 gjort.

1. Försäkringsbolag och sparform

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 PENSIONSFÖRSÄKRING

☐ 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 – Om du väljer återbetalningsskydd måste du även fylla i steg 4 under Familjehändelse.

☐ Jag vill ha återbetalningsskydd ☐ Jag vill ta bort återbetalningsskydd

3. Familjeskydd – Om du vill ha förstärkt familjeskydd måste du välja antal prisbasbelopp och utbetalningstid. Du måste även fylla i steg 4 under Familjehändelse.

Välj antal prisbasbelopp per år

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Välj utbetalningstid

☐ 5 år ☐ 10 år ☐ 15 år ☐ 20 år

☐ Jag vill ta bort förstärkt familjeskydd

4. 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.

5. 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.

PV 1074 20-06

Hälsodeklaration

1. Är du fullt arbetsför? (Det vill säga att du inte uppbär sjukpenning, sjuk- eller aktivitets-ersättning.)	☐ Ja ☐ Nej
2. Kontrolleras eller behandlas du för pågående eller tidigare sjukdom, symtom, skada, annat kroppsfel eller handikapp?	☐ Ja ☐ Nej
3. Har du under de senaste tre 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 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)
Namnteckning	Datum

Pensionsvalets noteringar

Spara > Skriv-ut > Rensa fält >

Pensionsvalet

pensionsvalet.se, e-post: info@pensionsvalet.se
Postadress: Box 90209, 120 23 Stockholm
Telefon: 020-650 111