

Tjänstepension



Avtalsnummer/Förmånsgrupp

 Tjänstepension Engångsbetald

 Tjänstepension Bonusväxling

Försäkrad och försäkringstagare

Försäkrad (tilltalsnamn och efternamn)

Personnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Försäkringstagare (företagets namn)

Organisationsnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Postadress

Postnummer

Postort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Kontaktperson på företaget

Telefonnummer

E-postadress

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Premie

Engångspremie

kronor



Fyll även i uppgifterna nedan. De går att ändra senare, se försäkringsvilkoren som du hittar på amf.se

Förvaltningsform

Traditionell försäkring

%

Fondförsäkring

%

Pensionsålder

Får vara mellan 55 och 90 år

Återbetalningsskydd

Ålderspension med återbetalningsskydd

 Ja

 Nej

Utbetalningstid

Får vara mellan 5 och 20 år eller livet ut

Underskrift av den försäkrade

Jag har tagit del av förköpsinformation för att teckna Tjänstepension. Jag har också fått information om att de fullständiga försäkringsvilkoren för Tjänstepension kan hämtas från www.amf.se/villkor eller beställas från AMFs Kundservice. Jag har tagit del av information enligt dataskyddsförordningen (GDPR). De uppgifter som lämnas i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet. Jag godkänner att eventuell, av AMF godkänd, återbetalning av felaktigt premieinbetalning eller del därav görs direkt till min arbetsgivare efter begäran av min arbetsgivare.

Telefonnummer

E-postadress

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Blanketten fortsätter på nästa sida.



Underskrift av försäkringstagaren

Enligt lagen (2017:630) om åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism är AMF skyldig att kontrollera försäkringstagarens identitet. Vänligen inkom med en vidimerad och daterad kopia av giltig ID-handling för bolagets företrädare. Observera att vi inte kan behandla er ansökan om kopia på ID-handling inte har bifogats.

Vi har tagit del av förköpsinformation för att teckna Tjänstepension hos AMF. Vi har också fått information om att de fullständiga försäkringsvillkoren för Tjänstepension kan hämtas från www.amf.se/villkor eller beställas från AMFs Kundservice. De uppgifter som vi lämnat i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet.

Telefonnummer	E-postadress
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum	Försäkringstagarens underskrift (firmatecknare)	Namnförtydligande
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ansvarig försäkringsförmedlare

Förmedlingsföretagets namn	Organisationsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontaktperson på förmedlingsföretaget	Telefonnummer	E-postadress
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AMFs noteringar

Försäkringstagaren är identifierad enligt lagen (2017:630) om åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism.

Underskrift	Namnförtydligande	Notering
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

i AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på www.amf.se



Skicka den ifyllda blanketten till:
AMF, 113 88 Stockholm