

Uppdrag om flytt till AMF



1 Försäkring FRÅN vilken pensionskapital ska flyttas

Försäkringsgivare (avgivande)	Försäkringsnummer	Uppskattat flyttkapital i kr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Försäkringstagare	Organisations- eller personnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Försäkrad (om annan än försäkringstagare)	Personnummer	Utl. Skatteregistreringsnr och det land som tilldelat detta*
<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

Kategori

Privatägd tjänstepension Företagsägd tjänstepension Avtalspensionsförsäkring

Ange avtalsområde

*Ska anges av fysisk person som endast är begränsat skattskyldig i Sverige och av i Sverige obegränsat skattskyldig fysisk person som även har hemvist i någon annan stat eller jurisdiktion än Sverige. Uppgift om utländskt skatteregistreringsnummer behövs för att den avgivande försäkringsgivaren ska kunna skicka kontrolluppgift vilket är ett krav vid flytt av försäkringskapital.

- Jag/Vi säger härmed upp ovanstående försäkringsavtal och vill att pensionskapital ska flyttas till nedan angiven försäkring.
- Jag/Vi är medveten om att försäkringen upphör att gälla i och med att pensionskapital överflyttas och att jag/vi därefter inte har några anspråk gentemot den avgivande försäkringsgivaren på grund av den avslutade försäkringen.
- Jag/Vi är införstådd med att eventuella justeringar kan göras och flyttavgifter kan dras från mitt pensionskapital före överflyttningen.
- Jag/Vi godkänner att den avgivande försäkringsgivaren äger rätt att begära in hälsohandlingar vid eventuell hälsoprövning.
- Jag/Vi är medveten om samt godtar och tar fullt ansvar för att om flytt av pensionskapital enligt detta uppdrag inte sker från en pensionsförsäkring till en annan pensionsförsäkring, kan jag/vi personligen drabbas av avskattning enligt inkomstskattelagen.

Godkännande

Jag/Vi godkänner att pensionskapital överflyttas till nedan angiven försäkringsgivare så snart den avgivande försäkringsgivaren fått in de handlingar som krävs och handlagt ärendet klart. I annat fall genomförs flytten vid den tidpunkt som framgår av försäkringsvillkoren.

Intyg om ensamt ägande

Om den försäkrade även har firmateckningsrätt för företaget vid företagsägd tjänstepensionsförsäkring:

Jag intygar härmed att jag direkt eller indirekt genom en juridisk person äger samtliga aktier i företaget och att jag därmed kan underteckna uppdrag om flytt som både försäkrad och som företrädare för försäkringstagaren.

2 Underskrift

Ort och datum	Ort och datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Namnteckning försäkringstagare	Namnteckning försäkrad (om annan än försäkringstagare)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Namnförtydligande	Namnförtydligande
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort och datum	
<input type="text"/>	
Namnteckning oåterkallelig förmånstagare** (i förekommande fall)	
<input type="text"/>	
Namnförtydligande	
<input type="text"/>	

**En försäkrad kan upprätta ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande för återbetalningsskyddet på en försäkring. Det innebär att den försäkrade inte kan göra en förändring till förmånstagarens nackdel. På en försäkring med oåterkalleligt förmånstagarförordnande behöver därför förmånstagaren, den så kallade "oåterkalleliga förmånstagaren", godkänna flytten av pensionskapital med sin underskrift.

Blanketten fortsätter på nästa sida.



3 Försäkring TILL vilken pensionskapital ska flyttas

Mottagande försäkringsgivares intygande angående pensionsförsäkring

Mottagande försäkringsgivare intygat, och tar det fulla ansvaret för, att försäkringen som ska ta emot pensionskapital, uppfyller alla krav som ställs på en pensionsförsäkring enligt inkomstskattelagen och att denna försäkring inte är ett individuellt pensionssparkonto (IPS). Vidare intygat mottagande försäkringsgivare, och tar det fulla ansvaret för, att försäkringen har samma försäkrad som den försäkring som pensionskapital flyttas från enligt punkt 1 ovan och att utbetalning inte har påbörjats från den mottagande försäkringen.

Bankgiro (ej OCR-spärrade)

PlusGiro (ej OCR-spärrade)

Inbetalningsreferens (OCR-nr)

--	--	--

Försäkringsnummer

Kategori

Privatägd tjänstepension Företagsägd tjänstepension Avtalspensionsförsäkring

Ange avtalsområde

Försäkringstagare (på mottagande försäkring om annan än enligt punkt 1 ovan)

Försäkringstagarens organisations-/personnummer

--	--

Försäkringsgivare

Organisationsnummer

--	--

Utdelningsadress (gata, box e.d.)

Postnummer, ortnamn

--	--

Ort och datum

Namnteckning (behörig företrädare för försäkringsgivaren)

Namnförtydligande

--	--

E-postadress

Telefon (inkl. riktnummer)

--	--



Skicka den ifyllda blanketten till:
AMF, 113 88 Stockholm