

Successiv eller engångsöverföring

Gäller ITP/ITPK tecknade fr o m 2007-07-01 t o m 2013-06-30

och FTP/FTPK tecknade fr o m 2008-01-01.

Gäller endast försäkrade födda 1956-07-31 och tidigare.

+

+

Försäkringsprodukt

--	--

Försäkrad

För- och efternamn

Personnummer

--	--

Postadress

Postnummer

Postort

--	--	--

Telefonnummer

Mobilnummer

E-postadress

--	--	--

Ändring av successiv överföring

Jag vill

- ta bort den successiva överföringen av fondförsäkringen till den traditionella försäkringen, utbetalning sker då från en fondförsäkring
(kan göras fram till 9 månader före utbetalning)
- lägga till den successiva överföringen av fondförsäkringen till den traditionella försäkringen, utbetalning sker då från en traditionell försäkring
(kan göras fram till 9 månader före utbetalning)

+

+

Ändring av engångsöverföring

Jag vill

- ta bort engångsöverföringen av fondförsäkringen till den traditionella försäkringen, utbetalning sker då från en fondförsäkring
- lägga till engångsöverföringen av fondförsäkringen till den traditionella försäkringen, utbetalning sker då från en traditionell försäkring

Den försäkrades underskrift *(ifylles med blått bläck)*

De uppgifter som lämnats i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet mellan mig och AMF. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att avtalet är ogiltigt.

Namnteckning *(Obligatoriskt)*Datum för underskrift, åååå-mm-dd *(Obligatoriskt)*

--	--

Namnförtydligande

--



Slipp blanketten! Du kan göra och se dina ändringar direkt på amf.se/dinasidor