

Omvalsblankett för tjänstepension PA-KFS 09

1. Jag väljer följande sparalternativ och försäkringsbolag - Du kan välja ett eller två försäkringsbolag.
Vid val av två försäkringsbolag fördelas premien med lika delar till vardera bolaget. Valet kan göras fritt mellan de olika sparalternativen Traditionell försäkring och Fondförsäkring.

TRADITIONELL FÖRSÄKRING

- ☐ Alecta
020-78 22 80
alecta.se
- ☐ KPA Pension
0771-650 111
kpa.se
- ☐ Skandia Liv
0771-55 55 00
skandia.se

FONDFÖRSÄKRING

- ☐ Futur
08-504 225 00
futur.se
- ☐ Folksam
020-326 326
folksam.se
- ☐ Länsförsäkringar
020-313 313
lansforsakringar.se

Obs! Markera med högst två kryss
På vår hemsida pensionsvalet.se hittar
du mer information och länkar till de
valbara bolagen.

2. Återbetalningsskydd

☐ Jag vill välja bort återbetalningsskydd
(Omfattar även redan inbetalade premier inom avtalet PA-KFS 09).

☐ Jag vill lägga till återbetalningsskydd
(Om du även vill ha återbetalningsskydd för redan inbetalade premier inom avtalet PA-KFS 09 måste du komplettera med uppgifter på baksidan av blanketten).

3. 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.

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 uppgi 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



pensionsvalet.se, e-post: info@pensionsvalet.se
Postadress: Box 90209, 120 23 Stockholm
Telefon: 0771-650 111