

Omvalsblankett avtalspension PA-KFS 09 Premiebestämd ålderspension

1. Jag väljer följande sparalternativ och försäkringsbolag – Du kan välja ett eller två försäkringsbolag. Vid val av två försäkringsbolag blir fördelningen 50/50. Valet kan göras fritt mellan de olika sparalternativen Traditionell försäkring och Fondförsäkring.

TRADITIONELL FÖRSÄKRING

- Alecta
020-78 22 80
www.alecta.se
- KPA Pensionsförsäkring
020-650 500
www.kpa.se
- Länsförsäkringar
020-313 313
www.lansforsakringar.se
- Skandia Liv
020-55 55 00
www.skandia.se

FONDFÖRSÄKRING

- Danica Pension
0752-48 04 40
www.danica.se
- Folksam
020-22 99 09
www.folksam.se
- Länsförsäkringar
020-313 313
www.lansforsakringar.se
- SPP Liv Fondförsäkring AB
0771-533 533
www.spp.se

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

2. Återbetalningsskydd

Jag önskar att ta bort återbetalningsskydd

Jag önskar lägga till återbetalningsskydd

4. Underskrift – Skriv under för att valet ska gälla

Namn

Personnummer

Namnteckning

Datum

2

0

Pensionsvalet PV AB sänder dig en bekräftelse på ditt val.

I den bifogade broschyren finner du information om de olika sparformerna och hur du fyller i blanketten.

Inga meddelanden kan lämnas på denna blankett.

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:				
<input type="checkbox"/>	Gift mig	<input type="checkbox"/>	Blivit sambo	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ingått registrerat partnerskap	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Fått barn	
Datum för familjehändelse:				
Hälsodeklaration				
Om du vid annat tillfälle än i samband med familjehändelse väljer återbetalningsskydd, ska du fylla i hälsodeklarationen.				
1. Är du fullt frisk/arbetsför? (det vill säga att du inte uppbär sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
2. Behandlas eller kontrolleras du regelbundet för sjukdom, skada eller handikapp?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
3. Har du under de senaste fem åren varit sjukskriven eller vårdats på sjukhus mer än en månad i följd?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
<p>Har du svarat "nej" på fråga 1 eller "ja" på någon av frågorna 2 eller 3, ska du lämna kompletterande uppgifter om vilken sjukdom, skada eller handikapp det gäller.</p> <p>Du ska även uppge under vilka tider du varit sjuk samt vilken läkare (namn och mottagningsadress eller sjukhus/sjukvårdsinrättning, klinik och avdelning) du anlitat. Om du använder någon receptbelagd medicin ska du ange namnet på denna.</p> <p>Kompletterande uppgifter (var god texta):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar, journaler, intyg mm. som Pensionsvalet PV AB anser sig behöva för att handlägga denna försäkringsansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden.</p>				
Medgivande				
Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra återbetalningsskyddet ogiltigt.				
Namnförtydligande		Personnummer		
Namnteckning		Datum		

Pensionsvalet

Vill du veta mer om den Premiebestämda ålderspensionen?
 www.pensionsvalet.se e-post: info@pensionsvalet.se telefon: 020-650 111
 adress: Pensionsvalet PV AB, Box 90209, 120 23 Stockholm