

**OBS! DENNA BLANKETT ANVÄNDS FÖR ATT PÅBÖRJA ELLER PAUSA PENSIONSUTBETALNINGAR SAMT VID UTBETALNING AV LÖPANDE KAPITALFÖRSÄKRINGAR**

### Försäkringstagare

Namn/Företag	Personnr/Orgnr	Försäkringsnr
--------------	----------------	---------------

### Försäkrad – om annan än försäkringstagare

Namn/Företag		Personnr	
Adress	Postnr	Postort	Land (om annat än Sverige)*
Telefon	E-post		

### Starta/återaktivera pensionsutbetalning

Första utbetalning ska ske	År	Månad
<input type="checkbox"/> Samma utbetalningsvillkor som tidigare		
Ändrad utbetalningstid:	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad utbetalning. Ange antal år:	<input type="checkbox"/> Livsvarig utbetalning**
<input type="checkbox"/> Fast belopp:		
<input type="checkbox"/> Engångsutbetalning (gäller om värdet som betalas ut är mindre än ett prisbasbelopp vid utbetalningstillfället)		

\* Tidigast en månad efter det Futur mottagit begäran. Gäller enbart pensionsutbetalningar och ej begäran om återköp.

\*\* Utbetalning sker så länge den försäkrade lever.

### Konto för utbetalning

OBS! Utbetalning kan endast ske till ett privatkonto i försäkringstagarens eller den försäkrades namn.

Jag önskar få pengarna insatta på konto.	Kontoinnehavare	Bank*	Clearingnr	Kontonr
Futur är skyldig att dra 30 % i skatt på pensionsförsäkringar. I det fall du önskar en högre procentsats ange denna				%

\* Vid utländsk adress ska blankett Egenförsäkrans skattehemvist bifogas.

### Pausa pensionsutbetalning

<input type="checkbox"/> Pausa pensionsutbetalning	Startdatum för pausad utbetalning	Återaktiveringsdatum av utbetalning (1 år om inget annat anges)
<b>Vad innebär en paus?</b> Genom att pausa din pensionsutbetalning kan du göra uppehåll på en redan påbörjad utbetalning. Efter pausen fortsätter utbetalningarna fram till ursprunglig överenskommen tidpunkt. Detta innebär att om utbetalningarna pausas efter två år, och den totala utbetalningstiden är fem år, så kvarstår tre år av utbetalningsperioden.		
<b>Lägsta uppehållstid</b> Pausen måste vara under minst tre månader.		

### Underskrift av försäkringstagare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

### Underskrift av försäkrad – om annan än försäkringstagare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

### Underskrift av panthavare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

### Underskrift av förmedlare/rådgivare/assistent

Ombudskod	Namn	E-post
-----------	------	--------