

## 1. Försäkring FRÅN vilken kapitalet ska flyttas

Försäkringsbolag (avgivande bolag)		Försäkringsnr
Försäkringstagare		Orgnr/personnr
Samordningsnummer*	Utl. Skatteregistreringsnr och det land som tilldelat detta**	
Försäkrad (om annan än försäkringstagare)		Personnr
Samordningsnummer*	Utl. Skatteregistreringsnr och det land som tilldelat detta**	
Kategori <input type="checkbox"/> Privat pensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Avtalspensionsförsäkring, område:		

\*Ska anges av fysisk person som saknar svenskt personnummer.

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

**Vid tjänstepension då plan omfattande flera anställda ska flyttas:  
Bifoga lista med försäkrings- och personnummer, försäkrads namn, försäkrades underskrift för samtliga anställda flytten avser.**

**Jag/vi** säger härmed upp ovanstående försäkringsavtal och försäkringskapitalet ska flyttas till nedan angiven försäkring.

**Jag/vi** är medveten om att försäkringen upphör att gälla i och med att försäkringskapitalet överflyttas och att jag/vi därefter inte har några anspråk gentemot avgivande försäkringsbolaget på grund av den avslutande försäkringen. Jag/vi är införstådd med att eventuella kostnader i samband med flytten kommer dras från mitt försäkringskapital före överflyttningen.

**Jag/vi** godkänner att det avgivande försäkringsbolaget äger rätt att begära in hälsohandlingar vid eventuell hälsoprövning.

**Jag/vi** är medveten om att om flytt av kapitalet enligt detta uppdrag inte sker från en pensionsförsäkring till en annan pensionsförsäkring, kan jag/vi drabbas av avskattning enligt inkomstskattelagen.

### 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

Datum	Försäkringstagare	Namnförtydligande
Datum	Försäkrad (om annan än försäkringstagare)	Namnförtydligande
Datum	Oåterkallelig förmånstagare (i förekommande fall)	Namnförtydligande

## 3. Försäkring TILL vilken kapitalet ska flyttas

### Mottagande bolagets intygande angående pensionsförsäkring

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

Bankgiro (ej OCR-spärrade) 5256-5397	Referens/försäkringsnr	
Kategori <input type="checkbox"/> Privat pensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Avtalspensionsförsäkring, område:		
Bolag Futur	Adress Box 24012, 104 50 Stockholm	Orgnr 516401-6643
Datum	Underskrift – behörig företrädare för försäkringsbolaget	Namnförtydligande
E-post flyttservice@futur.se	Telefon	

### Ansvarig administratör/rådgivare – kontaktperson vid eventuella frågor

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