

## Försäkringstagare

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

## Försäkrad – om annan än försäkringstagare

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

## Återköp\*\* (ID-kopia ska alltid bifogas)

<input type="checkbox"/> Helåterköp (100 %) Försäringen annulleras och upplupna avgifter dras av.		
<input type="checkbox"/> Delåterköp. Ange antingen % av kapital eller belopp i kr.***	% av kapitalet	belopp i kr.***

\*\*\* Vid innehav i fler än en fond fördelas återköpet jämnt mellan de olika fonderna  
 \*\*\* Då fondandelar avyttras kan det utbetalda beloppet avvika från begärt belopp

## Utbetalning (ID-kopia ska alltid bifogas)

Första utbetalning ska ske****	År	Månad
<input type="checkbox"/> Samma utbetalningsvillkor som tidigare		
<input type="checkbox"/> Ändrad utbetalningstid – Tidsbegränsad utbetalning. Ange antal år:		
<input type="checkbox"/> Ändrad utbetalningstid – Livsvarig utbetalning. Utbetalning sker så länge den försäkrade lever		
Övriga önskemål		

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

## Konto för utbetalning

OBS! Utbetalning kan endast ske till försäkringstagarens konto (transaktionskonto).

Vid företagsägd kapitalförsäkring kan utbetalning endast ske till **företagets konto**.

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 eller kontonummer ska blankett Egenförsäkrad skattehemvist – Privatperson/Företag fyllas i (gäller ej tjänstepensioner).

## 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	Telefon	E-post
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande