

OBS! DENNA BLANKETT ANVÄNDS VID ÅTERKÖP AV KAPITALFÖRSÄKRINGAR

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
Telefon	E-post	

Återköp*

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

* 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

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
--	-----------------	-------	------------	---------

* Vid utländsk adress ska blankett Egenförsäkrans skattehemvist bifogas.

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
-----------	------	--------