

Försäkringsnr	Depånr
---------------	--------

Försäkringstagare

Namn/Företag			Personnr/Orgnr
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		

Depåinnehavare

Namn/Företag Futur Pension Försäkringsaktiebolag (publ)		Orgnr 516401-6643	
Adress Box 24012	Postnr 104 50	Postort Stockholm	Telefon 08 504 225 00

Återköp (ID-kopia ska alltid bifogas)

Observera att Futur inte garanterar att helåterköp eller delåterköp sker inom en exakt tidsram, detta då återköp är beroende av hantering hos depåförande institut vars handläggningstid ej styrs av Futur.

<input type="checkbox"/> Helåterköp (100 %) Försäkringen annulleras och upplupna avgifter dras av.
<input type="checkbox"/> Delåterköp. Ange belopp i kronor:

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
Övriga önskemål				

* Vid utländsk adress eller kontonummer ska blankett Egenförsäkrans 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