

Överlåtelse

– Tjänstepensionsförsäkring till ny arbetsgivare



Överlåtelse

<input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring till ny arbetsgivare	<input type="checkbox"/> Tjänstepensionsavtal till ny arbetsgivare
Försäkringsnr/avtalsnr	Överlåtelsedatum (nästa förfalldatum om inget anges)
Vid överlåtelser från specialavtal tillhandahålls endast Futurs ordinarie fondutbud (placering sker i Danske Invest Aktiv Förmögenhetsförvaltning om inget val görs). Observera att avgifter och villkor kan skilja sig åt.	

Tidigare arbetsgivare

Företagsnamn	Orgnr
BG/PG/kontonr (måste anges för eventuell återbetalning av premie)	
Premier som betalats efter anställningens upphörande återbetalas upp till tre månader bakåt i tiden, om inte den försäkrade har blivit informerad (skrivit under överlåtelsen).	

Ny arbetsgivare (ny försäkringstagare)

Namn	Personnr/Orgnr	Medborgarskap (om annat än svenskt)	
Adress	Postnr	Postort	Land (om annat än Sverige)
Telefon			

Ny arbetsgivares e-post (ny försäkringstagare) – Särskilt viktig uppgift för administration av försäkringen

E-post

Fullmakt, personuppgifter och villkor

Fullmakt: Härmed ges det förmedlarbolag som förmedlat försäkringen rätt att företräda försäkringstagaren i frågor rörande detta försäkringsavtal. Fullmakten medger även rätt att inhämta information samt att ta emot handlingar med anledning av detta avtal. Det som avsänts till fullmaktshavaren anses ha avsänts till fullmaktsgivaren. Denna fullmakt gäller till dess att Futur skriftligen erhållit en återkallelse eller tagit del av ny fullmakt.
Behandling av personuppgifter: Futur behandlar dina personuppgifter i enlighet med vad som anges i Allmän information om behandling av personuppgifter (www.futur.se/gdpr) och Information om behandling av personuppgifter avseende pensionsförsäkring (www.futur.se/gdpr/pensionsforsakring). Informationen kan även fås efter förfrågan till Futur.
Villkor: Jag har tagit del av samt accepterar Futurs Förköpsinformation, Faktablad, Produktvillkor och Allmänna Försäkringsvillkor, och vid depåförsäkring – aktuellt depåinstituts regelverk. Jag är införstådd med att jag själv står den finansiella risken för värdeförändringen i de värdepapper jag har i min försäkring.

Underskrift av behörig företrädare för tidigare arbetsgivare (behövs inte om arbetsgivare upphört genom konkurs eller likvidation)

Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Underskrift av behörig firmatecknare för ny arbetsgivare (ny försäkringstagare)

Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Underskrift av försäkrad

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

Ansvarig rådgivare/förmedlare

Kod	Namn	Ansvarig assistent
E-post för kontakt		