



## Uppdrag om flytt av försäkringskapital till annan försäkringsgivare

Uppdraget skickas till:

SPK  
Box 54  
101 21 Stockholm

Observera att flytt inte innebär omval av försäkringsbolag för nya premier. Kontakta SPK för information om hur du gör ett omval.

### Försäkring från vilken kapitalet ska flyttas

Försäkringsbolag (avgivande bolag)	Försäkringsnummer	
Försäkringstagare/arbetsgivare*	Organisationsnummer	Telefonnummer
Försäkrad	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)	Telefonnummer

\*Arbetsgivare som senast betalad in premier på försäkringen.

Tjänstepensionsförsäkring
<input type="checkbox"/> BTPK <input type="checkbox"/> Förstärkt tjänstepensionsförsäkring

Jag säger härmed upp ovanstående försäkringsval och vill att försäkringskapitalet ska flyttas till nedan angiven försäkring.

Jag är medveten om att försäkringen upphör att gälla i och med att försäkringskapitalet överflyttas och att jag därefter inte har några anspråk gentemot det avgivande försäkringsbolaget på grund av den avslutade försäkringen.

Jag är införstådd med att eventuella kostnader i samband med flytten kommer dras från mitt försäkringskapital före överflyttningen.

Jag är medveten om samt godtar och tar fullt ansvar för att om flytt av kapitalet enligt detta uppdrag inte sker från en pensionsförsäkring till en annan pensionsförsäkring, kan jag personligen drabbas av avskattning enligt inkomstskattelagen.

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

Jag godkänner att försäkringskapitalet överflyttas till nedan angivet bolag så snart det avgivande bolaget fått in de handlingar som krävs och handlagt ärendet klart. I annat fall genomförs flytten vid den tidpunkt som framgår av försäkringsvillkoren.

Jag är medveten om att ett genomförande av flytt kan ta tid att genomföra och har inte några anspråk gentemot avgivande eller mottagande försäkringsbolag i anledning här av.

Jag har fått uppgifter om flyttavgifter och omfattning av nuvarande försäkringsavtal.

### Underskrifter

Datum (åååå-mm-dd)	Försäkringstagare/arbetsgivare*	Datum (åååå-mm-dd)	Försäkrad
Namnförtydligande		Namnförtydligande	

\*Arbetsgivarens underskrift krävs ej för flytt av BTPK.

Datum (åååå-mm-dd)	Oåterkallelig förmånstagare (i förekommande fall)

### Försäkring till vilken kapitalet ska flyttas

Mottagande bolagets intygande angående pensionsförsäkring.

Mottagande bolag intygat, 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 pensionsparkonto (IPS). Vidare intygat mottagande bolag, och tar det fulla ansvaret för, att försäkringen har samma försäkringstagare och försäkrad som den försäkring som försäkringskapitalet flyttas från enligt ovan. Vidare intygat mottagande bolag att bolaget, vid flytt av BTPK-försäkring, är valbar försäkringsgivare för avtalsområdet och att försäkringen uppfyller de krav kollektivavtalsparterna ställt.

Bank	Försäkringsnummer	Referens	Kategori
5328-7504			<input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring (P)
Försäkringsbolag (mottagande bolag)	Styrelsens säte	Organisationsnummer	Utdelningsadress
SPK	Stockholm	802005-5581	Box 54, 101 21 Stockholm
Datum (åååå-mm-dd)	Underskrift - behörig företrädare för försäkringsbolaget	Namnförtydligande	
E-post	Telefon (inkl riktnr)	Hemsida	

ID kod  
SPKTCBA8