

Uppdrag om flytt inom AMF



Gäller försäkringsavtal tecknade till och med 2013-12-31.
Du behöver även fylla i och bifoga blanketten "Ansökan Tjänstepension".

1 Försäkring från vilket värde ska flyttas

Försäkringsnummer

Försäkringstagare

Personnummer/Organisationsnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Försäkrad

Personnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Jag önskar flytta försäkringen till

Fondförsäkring Traditionell försäkring

- Jag säger härmed upp ovanstående försäkringsavtal och begär att försäkringens värde flyttas till en ny försäkring.
- Jag är medveten om att försäkringen upphör att gälla i och med att försäkringens värde flyttas.
- Jag är införstådd med att eventuell flyttavgift dras från försäkringens värde innan flytt genomförs.
- Om försäkringen saknar återbetalningsskydd ska hälsofrågorna på baksidan besvaras.
- Jag är medveten om att eventuellt särskilt förmånstagande upphör. Önskas särskilt förmånstagarförordnande i den nya försäkringen måste ett nytt förmånstagarförordnande inges till AMF.

2 Underskrift

Datum

Försäkrad

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Namnförtydligande

Datum

Oåterkallelig förmånstagare (i förekommande fall)*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Namnförtydligande

*En försäkrad kan upprätta ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande för återbetalningsskyddet på en försäkring. Det innebär att den försäkrade inte kan göra en förändring till förmånstagarens nackdel. På en försäkring med oåterkalleligt förmånstagarförordnande behöver därför förmånstagaren, den så kallade "oåterkalleliga förmånstagaren", godkänna flytten av försäkringskapitalet med sin underskrift.

AMFs notering

i AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på www.amf.se



Skicka den ifyllda blanketten **tillsammans**
med blanketten Ansökan Tjänstepension till:
AMF, 113 88 Stockholm

Blanketten fortsätter på nästa sida.



Hälsofrågor

Om försäkringen saknar återbetalningsskydd behöver du även besvara hälsofrågorna nedan.

- 1 Har du sjukbidrag, sjuk-/rehabiliteringsersättning, sjuklön, aktivitets-/sjukersättning, förtidspension eller arbetsskadelivränta? Ja Nej
- 2 Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom, skada eller handikapp? Ja Nej
- 3 Använder du någon medicin? Ja Nej
- 4 Har du under de senaste tre åren vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal? Ja Nej
- 5 Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad? Ja Nej
- 6 Längd och vikt cm kg

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna ovan, lämna kompletterande upplysningar nedan.

Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och behandlingar ska uppges, samt sjukskrivningar mer än en månad i följd. Bifoga bilaga om mer utrymme behövs.

Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Anledningen till undersökningen.

Under vilka tider har du varit sjuk?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?

Vilken läkare, vårdgivare eller vårdinrättning har du anlitat? Ange även vårdcentral, sjukhus, klinik samt fullständig adress.

Vilken behandling har du genomgått? Operation, medicinering etc.

Vad blev resultat av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?

Sedan när är du symptomfri eller vilka kvarstående besvär har du?

Den försäkrades underskrift (ifylles med svart eller blått bläck)

Jag samtycker till att läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdgivare, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna AMF, eller det återförsäkringsbolag AMF anlitat, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som AMF, eller återförsäkringsbolaget, anser sig behöva vid skadereglering som sker efter ett dödsfall. Samtycket kan inte användas i annat syfte och gäller endast till dess att skaderegleringen är avslutad. Om samtycke inte ges kan någon ändring av försäkringen inte ske.

Underskrift (obligatoriskt)

Datum för underskrift, åååå-mm-dd (obligatoriskt)

Personnummer (obligatoriskt)

i AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på www.amf.se