

Ändring individuell tjänstepensionsförsäkring

Fr.o.m. år och månad	Försäkringsnummer
----------------------	-------------------

Försäkringstagare (ägare) och premiebetalare

Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer	Företagsnummer	Avdelningsnummer
---------------------	---------------------	----------------	------------------

Försäkrad

Namn	Personnummer
Mobilnummer	E-post

Premie

 Ny premie

kr per /mån

 Fribrev

Premiefrielse

 Lägg till premiefrielse (kompletteras med hälsodeklaration) Ta bort premiefrielse

Ändring av Återbetalningsskydd

 Jag vill lägga till återbetalningsskydd. Jag vill ta bort återbetalningsskydd

Jag är under 50 år och har under de senaste 12 månaderna gift mig, blivit sambo eller fått barn!

 Ja Datum för familjehändelsen enligt ovan

(år-mån-dag)

 Nej Viktigt komplettera med en hälsodeklaration

Förmånstagarförordnande vid dödsfall, ifylles av den försäkrade om återbetalningsskydd valts

Observera att endast ett alternativ kan väljas. Som make räknas även partner med vilken partnerskap har registrerats. Med barn avses arvsberättigade barn i första led.

 I första hand den försäkrades make/sambo. I andra hand den försäkrades barn. Förmånstagaren kan helt eller delvis avstå sin rätt. I första hand den försäkrades barn. I andra hand den försäkrades make/sambo. Förmånstagaren kan helt eller delvis avstå sin rätt. Den försäkrades make/sambo och den försäkrades barn. Förmånstagaren kan helt eller delvis avstå sin rätt. Särskilt förordnande. Exempelvis då annan än arvsberättigade barn (t.ex. styvbarn) ska vara förmånstagare, eller då försäkringsbelopp ska fördelas enligt särskilda önskemål. Separat blankett för förmånstagarförordnande kommer att skickas för ifyllande.

Om inget val ovan görs gäller i första hand maka/sambo och i andra hand barn.

Kompletterade upplysningar till förmånstagarförordnande vid dödsfall "Enskild egendom"

 Vad förmånstagare erhåller från försäkringen samt avkastningen därav ska vara enskild egendom. Vad förmånstagare erhåller från försäkringen samt avkastningen därav ska vara enskild egendom. Sedan beloppet betalats ut har förmånstagare rätt att genom äktenskapsförord förordna annorlunda.

Annand ändring än ovanstående

Annat:

Underskrift av försäkrad/försäkringstagare

OBS om ändringen endast avser ändring av återbetalningsskydd behöver inte försäkringstagaren skriva under.

Försäkrad

De uppgifter jag lämnat på denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar härmed att jag själv besvarat frågorna och att svaren är riktiga och fullständiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra hela eller delar av försäkringen ogiltig. Jag har vidare tagit del av de den förköpsinformation som tillhandahålls av PP Pension och som finns på deras hemsida.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Försäkringstagare

Försäkringen avser individuell tjänstepension och vi ska betala premien. Om anställningen upphör eller försäkringens premie ska upphöra att betalas pga annan anledning än att anställningen upphör återbetalas till oss premie för tiden tidigast från den månad anmälan inkommit till PP Pension Tjänstepensionsförening.

De uppgifter vi lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Vi är införstådda med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd m.m. i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga.

Om ändringen av försäkringen gäller ändring inom optionsrätten (höjning av premie) intygar vi härmed att den försäkrade är fullt arbetsför, det vill säga kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, uppbär inte sjuklön från arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, sjuk-/aktivitetsersättning – även vilande eller tidsbegränsad, handikappersättning eller annan liknande ersättning), har inte heller särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning, har inte varit sjukskrivna mer än 14 dagar i en följd under de senaste 90 dagarna.

Om oriktiga eller ofullständiga uppgifter har lämnat vid nyteckning eller ändring kan PP Pension bli fri från ansvar för inträffade försäkringsfall.

Ja, vi intygar att försäkrad/anställd är fullt arbetsför enligt ovan definition (gäller vid premiehöjning)

Nej, den försäkrade/anställda är inte fullt arbetsför enligt ovan definition (gäller vid premiehöjning)

Datum

Underskrift och behörig firmatecknare

Namnförtydligande