

# Ändring individuell tjänstepensionsförsäkring

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

## Försäkringstagare (ägare) och premiebetalare

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

## Försäkrad

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postadress (postnummer och ort)
Mobilnummer	E-post

## Premie

Ny premie kr per (månad, kvartal, halvår eller helår)  Fribrev

## Premiebefrielse

Lägg till premiebefrielse (kompletteras med hälsodeklaration)  Ta bort premiebefrielse

## 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, ifylles av den försäkrade om återbetalningsskydd valts (markera med x i lämplig ruta)

Observera att endast ett alternativ kan väljas. Text får inte ändras eller läggas till.

Som make/maka räknas även partner med vilken partnerskap har registrerats respektive person som den försäkrade sammanbor med enligt sambolagen (2003:376). Med barn avses arvsberättigade barn i första led.

- I första hand den försäkrades make/maka. I andra hand den försäkrades barn.
- I första hand den försäkrades barn. I andra hand den försäkrades make/maka.
- Den försäkrades make/maka och den försäkrades barn.
- Annat förordnande då inget av ovanstående alternativ är lämpligt. Exempelvis då annan än arvsberättigade barn (t.ex. styvbarn) ska vara förmånstagarare, eller då försäkringsbelopp ska fördelas enligt särskilda önskemål. Separat blankett för förmånstagarförordnande kommer att skickas för ifyllande.

Förmånstagarare har rätt att helt eller delvis avstå sin rätt.

## Annan ändring än ovanstående

Annat:

## Underskrift av försäkrad/försäkringstagare

### 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.

Jag har vid val av fondförvaltning tagit del av de fondfaktblad som tillhandahålls av PP Pension. Jag är medveten om att värdet på min försäkring vid val av fondförvaltning är beroende av värdeutvecklingen i de till försäkringen tillhörande fonderna och att jag själv bär den finansiella risken. Det kapital som placeras kan både öka och minska i värde och det är inte säkert att jag får tillbaka hela det insatta kapitalet. Det är jag själv som har valt vilka fonder som kapitalet ska placeras i utifrån den information jag har fått från PP Pension om fondernas innehåll och riskprofil.

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 Försäkringsförening och PP Pension Fondförsäkring AB.

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
-------	---------------------------------------	-------------------