



**Förfrågan om pensionsförsäkring inför eventuell flytt av försäkringskapital**

Försäkringsbolag	Försäkringsnummer
Försäkringstagare	Personnummer (försäkringstagares)

**Fullmaktshavare/Kontaktperson hos KPA Pension**

Namn KPA Pensionsförsäkring AB (publ)	Telefonnummer 08-665 06 30	Faxnummer 08-660 28 12
E-postadress flyttadministration@kpa.se	Postnummer 106 85	Postadress Stockholm

Jag ber er skicka nedan begärda uppgifter om försäkringen till kontaktpersonen ovan. Jag ger samtidigt fullmaktshavaren rätt att inhämta eventuella kompletterande uppgifter om försäkringen, som han eller hon bedömer behövs för att utreda förutsättningarna för flytt av försäkringskapitalet. Denna fullmakt gäller under sex månader från undertecknandet.

De personuppgifter som fullmaktsinnehavaren inhämtar och behandlar med stöd av denna fullmakt ska hanteras i överensstämmelse med Personuppgiftslagens (1998:24) bestämmelser.

**Underskrift av försäkringstagaren och den försäkrade om annan än försäkringstagaren**

Datum	Försäkringstagare	Datum	Försäkrad (om annan än försäkringstagare)
-------	-------------------	-------	---

**Försäkringsbolagets notering**

IPS (kan inte flyttas till försäkring)  Inte flyttbar – anledning

**Upplysning om ovanstående försäkring lämnas av avgivande försäkringsbolag**

Försäkringstagare om annan än den försäkrade		Försäkringsnummer	
Förvaltning <input type="checkbox"/> Traditionell <input type="checkbox"/> Fond	Kapitalförsäkring <input type="checkbox"/> Privatägd	<input type="checkbox"/> Tjänstepension Avtalspension	<input type="checkbox"/> Vilket område <input type="checkbox"/>
Ingår återbetalningsskydd <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja belopp alt %	Ingår efterlevandepension <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja belopp/mån	Utbetalningstid/slutålder	
Totalt försäkringskapital	Beräknat per	Varav garanterat	Varav överskott
Preliminär flyttavgift	Preliminär marknadsvärdesjustering	Preliminärt flyttbart försäkringskapital	
Ingår premiefrielse <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja belopp	Finns pågående sjukskada <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Krävs hälsoprövning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Karenstid för flytt Andra villkor för flytt
Oåterkalleligt förmånstagarförordnande <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Namn	Personnummer	

**Underskrift av försäkringsbolaget**

Datum	Namnteckning	Telefonnummer
Namnförtydligande		