

# Utbetalning/Återköp Fondförsäkring 1 (1)

**Danica Pension**

## Försäkringstagare

Namn/Företag	Personnr/Orgnr		Försäkringsnr
Utdelningsadress	Postnr	Postort	Land (om annat än Sverige)***
Telefon	E-post		

## Försäkrad – om annan än försäkringstagare

Namn	Personnr		
Utdelningsadress	Postnr	Postort	Land (om annat än Sverige)***
Telefon	E-post		

## Återköp\* (ID-kopia ska alltid bifogas)

<input type="checkbox"/> Helåterköp (100 %) Försäkringen annulleras och upplupna avgifter dras av.		
<input type="checkbox"/> Delåterköp. Ange antingen % av kapital eller belopp i kr**.	% av kapitalet	belopp i kr**

\* Vid innehav i fler än en fond fördelas återköpet jämnt mellan de olika fonderna

\*\* Då fondandelar avyttras kan det utbetalda beloppet avvika från begärt belopp

## Utbetalning (ID-kopia ska alltid bifogas)

Första utbetalning ska ske (tidigast två månader efter det Danica Pension mottagit begäran)	År	Månad
<input type="checkbox"/> Samma utbetalningsvillkor som tidigare		
<input type="checkbox"/> Ändrad utbetalningstid – Tidsbegränsad utbetalning. Ange antal år:		
<input type="checkbox"/> Ändrad utbetalningstid – Livsvarig utbetalning. Utbetalning sker så länge den försäkrade lever		
Övriga önskemål		

## Konto för utbetalning

OBS! Utbetalning kan endast ske till försäkringstagarens konto (transaktionskonto).

Vid företagsägd kapitalförsäkring kan utbetalning endast ske till **företagets konto**.

Jag önskar få pengarna insatta på konto.			
Kontoinnehavare	Bank***	Clearingnr	Kontonr
Danica är skyldig att dra 30 % i skatt på pensionsförsäkringar. I det fall du önskar en högre procentsats ange denna			%

\*\*\* Vid utländsk adress eller kontonummer ska blankett Egenförsäkrans skattehemvist – Privatperson/Företag fyllas i (Gäller ej tjänstepensioner).

## Underskrift av försäkringstagare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

## Underskrift av försäkrad – om annan än försäkringstagare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

## Underskrift av panthavare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

## Underskrift av förmedlare/rådgivare/assistent

Ombudskod	Telefon	E-post
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande