

Swedbank Försäkring 105 34 Stockholm.

**FÖRSÄKRAD**

Personnummer

Namn																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FÖRETAG**

Namn	Organisationsnummer
------	---------------------

**INDIVIDUELLA VAL**

- Du väljer själv i vilka fonder dina pengar ska placeras.  
Välj högst 5 fonder. Ange hela % så att summan blir 100 %.

Fondens namn	Andel %
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

**Ålderspension**

Under Individuella Val har du möjlighet att ange hur du vill placera ditt pensionssparande. Om du inte gör annat val, kommer ditt sparande att placeras i Transfer, en generationsfond som innehåller både aktier och räntebärande placeringar. Omplacering i fonden sker genom förvaltarens försorg och andelen räntebärande placeringar ökar med stigande ålder.

**VAL AV EFTERLEVANDESKYDD**

Kan väljas under förutsättning att den försäkrade anslutits till plan med riskförmåner.

**Efterlevandeskydd kan bestå av:**

Återbetalningsskydd ingår.

Återbetalningsskyddet innebär att pensionskapitalet ligger till grund för efterlevandepensionen till insatt förmånstagare. Garanterat efterlevandeskydd kan ge familjen ett extra skydd vid dödsfall som inträffar innan utbetalningarna av ålderspensionen har börjat. Vid garanterat efterlevandeskydd bestäms ett försäkringsbelopp vid tecknandet.

**Garanterat efterlevandeskydd** \_\_\_\_\_ Välj belopp mellan 50.000 - 5.000.000 kr, som fördelas under 10 år.

Sker val av garanterat efterlevandeskydd senare än 90 dagar från nedanstående datum ska hälsoförklaring lämnas.

- Ja, jag accepterar det förvalda försäkringsskyddet.
- Jag vill att försäkringsskyddet ska gälla enligt de ändringar jag gjort.
- Nej tack, jag vill inte ha återbetalningsskydd. Återbetalningsskyddet måste ingå om du valt garanterat efterlevandeskydd.

**Förmånstagare**

Din försäkring har ett generellt förmånstagareförordnande. I det bestäms vem som får efterlevandepensionen om du skulle avlida.

Förmånstagare är: I första hand make/sambo. I andra hand barn.

Vill du ändra detta måste du skicka in ett nytt förmånstagarförordnande till Swedbank Försäkring.

**UNDERSKRIFT**

Datum	Namn-teckning	Namn-förtydligande
-------	---------------	--------------------

