Swedbank

Swedbank Försäkring
FE 902, 107 77 Stockholm

Ändring av återbetalningsskydd

Privat pensionsförsäkring/Individuell tjänstepension
BTP1, BTPK, KAP-KL/AKAP-KR, AIP OCH PA16

För övriga avtalsområden sker ändring via resp valcentral

Personnummer (12 siffror)

								–				

Försäkring nr:

				–										

Namn	Telefon (även riktnr)

Fylls i vid tillägg av återbetal-ningsskydd

☐ **Kryssa i rutan för tillägg av återbetalningskydd**

I ditt senaste försäkringsbesked framgår det om återbetalningsskydd ingår i din försäkring. Har du tidigare valt bort återbetalningsskyddet kan du välja att åter lägga till återbetalningsskyddet.

Vid tillägg av återbetalningsskydd gäller standardförmånstagarförodnandet:

1. den försäkrades make/sambo/registrerade partner
2. den försäkrades barn

Annat förordnande måste anmälas skriftligt till Swedbank Försäkring för att gälla.

Tillägg av återbetalningsskydd kan göras utan hälsoprövning om försäkringskapitalet understiger 30 % av ett prisbasbelopp eller vid en s k familjehändelse.

Med familjehändelse menas att du gift dig/registrerat partnerskap, blivit sambo eller fått barn. Begäran om komplettering av återbetalningsskydd måste inkomma till Swedbank Försäkring inom 12 månader från att en sådan händelse har inträffat.

För Privat pensionsförsäkring och Individuell Tjänstepension kan tillägg av återbetalningsskydd vid familjehändelse göras upp tills att du fyllt 60 år. För BTP1, BTPK, KAP-KL/AKAP-KR, AIP och PA16 finns ingen åldersgräns för tillägg av återbetalningsskydd vid familjehändelse.

Om hälsodeklaration behövs för att lägga till återbetalningsskyddet kommer du att få information om detta och kontaktas av Swedbank Försäkring.

Datum för familjehändelse

Fylls i vid borttag av återbetal-ningsskydd

☐ **Kryssa i rutan för borttag av återbetalningsskyddet**

Om återbetalningsskyddet väljs bort blir din pension något högre. Saknas återbetalningsskydd görs inga fler utbetalningar och försäkringen upphör vid dödsfall.

Komplettering med återbetalningsskydd kan inte göras efter det att försäkringsutbetalningarna påbörjats.

Jag intygar att lämnade uppgifter är korrekta

UNDERSKRIFT AV FÖRSÄKRAD

Datum (År, mån,dag)	Namnteckning	Telefon (även riktnr)
		Namnförtydligande