

Anmodning om overførsel af pensionsordning

Stamoplysninger	
Navn	_____
CPR-nummer	_____
Afgivende selskab	_____
Aftalenummer	_____
Ny arbejdsgiver	_____

Kapitalpension og/eller markedsrenteordning (tilknyttet investeringsvalg eller valg af risikoprofil)? (Sæt kryds)
<input type="checkbox"/> I det omfang (det modtagende selskab) ikke kan tilbyde videreførelse af min kapitalpension i min nye pensionsordning, skal min kapitalpension fortsætte som fripolice i (det afgivende selskab).
<input type="checkbox"/> I det omfang (det modtagende selskab) ikke kan tilbyde videreførelse af min pensionsordning med markedsrente og (det afgivende selskab) giver mulighed for opretholdelse af markedsrentedelen som fripolice, skal markedsrentedelen opretholdes i (det afgivende selskab).

Betingelser for overførslen
Overførslen kan være betinget af, at jeg afgiver tilfredsstillende helbredsoplysninger.
Min accept er betinget af, at antagelsen i det modtagende selskab sker på helbreds vilkår, der ikke er ringere end i den hidtidige ordning.
Jeg er bekendt med, at det overførte beløb indgår på det gældende beregningsgrundlag i det modtagende selskab.
Jeg er bekendt med, at det overførte beløb måske først bliver registreret og forrentet på min pensionsordning i det modtagende selskab pr. den 1. i måneden efter overførselsdatoen.

Forsikredes underskrift _____ Dato _____

Samtykkeerklæring

Virksomhedsomdannelsesaftalen

1. Jeg giver hermed samtykke til, at (modtagende selskab) til brug for afgivelse af tilbud eller overførsel af min pensionsordning i (afgivende selskab) kan indhente relevante oplysninger - dog ikke helbredsoplysninger - hos (afgivende selskab) om min pensionsordning, herunder dækning, ydelsessammensætning, opsparingens størrelse m.v.
2. (Det modtagende selskab) stiller krav om afgivelse af helbredsoplysninger ved indtræden i den nye ordning, men bliver jeg undtaget for dette krav på grund af Virksomhedsomdannelsesaftalen, accepterer jeg, at de helbredsoplysninger, jeg gav ved oprettelsen af pensionsordningen i (det afgivende selskab) og selskabets vurdering heraf, kan videregives til (det modtagende selskab) og lægges til grund for antagelsen i (det modtagende selskab). Jeg er bekendt med, at det betyder, at (det modtagende selskab) kan nedsætte min forsikringsdækning helt eller delvist, hvis disse helbredsoplysninger er urigtige, jf. reglerne i Forsikringsaftaleloven om urigtige risikoplysninger.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Forsikredes underskrift _____ Dato _____

Vejledning til modtagende selskab:

- Punkt 1: Formuleringen skal anvendes i **alle** overførsels- og tilbudssituationer.
- Punkt 2: Formuleringen i punkt 1 skal suppleres med formuleringen i punkt 2, når det modtagende selskab normalt kræver helbredsoplysninger ved indtræden.