

Fyll i ditt namn och adress nedan

Blanketten skickas till:

Fora AB
FE 200
751 75 UPPSALA

OBS! Meddelanden kan inte lämnas på denna blankett.

1 Pensionsförvaltare och sparform

OBS! Kryssa endast för en ruta. Du väljer antingen Traditionell försäkring eller Fondförsäkring. Fyll bara i om du ska ändra ditt val av förvaltare eller sparform.

Traditionell försäkring

- Alecta
 AMF
 Folksam Liv
 SEB

Fondförsäkring

- AMF
 Danica Pension
 Folksam-LO Pension
 Handelsbanken Liv
 Länsförsäkringar Fondliv
- Movestic Liv & Pension
 Nordea Liv & Pension
 SEB
 SPP
 Swedbank Försäkring

2 Återbetalningsskydd - Lägg till

Observera att om du väljer till återbetalningsskydd efter att du har börjat ta ut din pension hos en pensionsförvaltare gäller skyddet bara framtida premieinbetalningar hos den pensionsförvaltaren.

Jag vill lägga till återbetalningsskydd.

Har du under de senaste 12 månaderna gift dig, blivit sambo eller fått barn?

Ja → Datum för familjehändelsen:

Nej → **Viktigt!** Fyll i medföljande hälsodeklaration och fullmakt.

- Välj bort

Jag vill välja bort återbetalningsskydd.

3 Familjeskydd - Lägg till eller ändra

Observera att familjeskydd kan väljas tidigast från den månad du fyller 25 år. Kostnaden beror på hur många prisbasbelopp du väljer att dina efterlevande ska få per år och i hur många år familjeskyddet ska betalas ut. Kostnaden för familjeskydd dras varje år från din pensionspremie och minskar din egen pension. På www.fora.se kan du se vad familjeskyddet kostar.

A. Välj antal prisbasbelopp (pbb) per år

- 1 pbb/år
 2 pbb/år
 3 pbb/år
 4 pbb/år

B. Välj antal utbetalningsår för familjeskyddet

- 5 år
 10 år
 15 år
 20 år

→ **Viktigt!** Fyll i medföljande hälsodeklaration och fullmakt.

- Välj bort

Jag väljer bort familjeskyddet.

(Familjeskyddet upphör då att gälla den 31 december i år.)

4 Underskrift

Datum (år, mån, dag), namnteckning
Telefon (även riktnr)

Personnummer
Fyll i 10 siffror
år mån dag nr

Foras not 024 17 01

Pens.förv. not

Hälsodeklaration

för Avtalspension SAF-LO

Fyll i ditt namn och adress nedan

Observera att du bara behöver fylla i hälsodeklarationen om du:

- 1) lagt till familjeskydd
- 2) ökat antalet prisbasbelopp och/eller utbetalningsår för familjeskydd
- 3) valt till återbetalningsskydd utan att du gift dig, blivit sambo eller fått barn.

Hälsodeklaration

Har du under de senaste tre åren:

- A** behandlats/kontrollerats för besvär/symptom, sjukdom, skada eller handikapp? Ja Nej
- B** varit sjukskriven i fler än 30 dagar i följd och/eller haft sjukersättning/aktivitetsersättning eller motsvarande från Försäkringskassan? Ja Nej

Om du svarat **Ja** på någon av ovanstående frågor ska du även fylla i kompletterande uppgifter nedan.

<p>Kompletterande uppgifter - Obs! Fyll bara i om du svarat Ja på någon av frågorna ovan. V g Texta!</p> <p>Vilka besvär/symtom, sjukdom, skada eller handikapp har du?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Under vilka perioder har du varit sjuk?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Vilken/vilka vårdinrättningar har du behandlats vid? Ange namn och mottagningsadress.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Använder du receptbelagd medicin? Om ja, vilken/vilka?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Aktuell längd Aktuell vikt Har du rökt det senaste året? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>
--

Ovanstående uppgifter ska ligga till grund för försäkringen. För att få försäkring får du inte lida av allvarlig sjukdom. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig.

Kom ihåg att också skriva under den bifogade fullmakten, annars kan vi inte behandla din ansökan.

Underskrift för hälsodeklaration

Datum (år, mån, dag), namnteckning
Telefon (även riktnr)

Personnummer
Fyll i 10 siffror
år mån dag nr

Fyll i ditt namn och adress nedan

Blanketten skickas till:

Fora AB
FE 200
751 75 UPPSALA

Skriv under fullmakten och skicka in den tillsammans med en hälsodeklaration.

Fullmakt

Jag samtycker till att läkare eller annan sjukpersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning lämnar de upplysningar, intyg, sjukjournaler m.m. som Fora anser sig behöva. Mitt samtycke är begränsat på så sätt att Fora endast får inhämta uppgifterna i samband med reglering av ett framtida försäkringsfall.

För ovan angivna ändamål behandlar Fora personuppgifter om hälsa med mera samt lämnar sådana uppgifter till av Fora anlita expertis. För att uppfylla angivna ändamål kan även annan behandling av uppgifterna förekomma inom ramen för Personuppgiftslagens bestämmelser. Information om hur Fora behandlar dina personuppgifter finns i försäkringsvillkoren för AFA-försäkringarna och Avtalspension SAF-LO och på www.fora.se.

Läs även nästa sida, Upplysning om ditt samtycke och gällande sekretess.

Underskrift för fullmakt

Datum (år, mån, dag), namnteckning
Telefon (även riktnr)

Personnummer
Fyll i 10 siffror
år mån dag nr

Upplysning om ditt samtycke och gällande sekretess

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt, oavsett om vården bedrivs privat eller i offentlig regi. Det betyder att ingen får lämna ut uppgifter om dig, din sjukdom, din behandling eller om din privata situation utan att du själv har godkänt det. Sekretessen gäller både skriftliga och muntliga uppgifter och brott mot tystnadsplikten kan medföra straffansvar för den som bryter mot reglerna.

I vissa fall kan dock tystnadsplikten brytas, exempelvis om en myndighet med stöd av lag begär att få ut uppgifter eller om du själv går med på att uppgifter lämnas ut (samtycke).

Fora har ett behov av att inhämta hälsouppgifter från läkare eller annan sjukpersonal, sjukhus m.m. dels för att pröva om hälsokraven i försäkringsvillkoren är uppfyllda och dels, i händelse av den försäkrades dödsfall, för att skadereglera enligt gällande försäkringsvillkor. De upplysningarna som inhämtas ligger till grund för att bedöma om de hälsokrav som försäkringsvillkoren uppställer är uppfyllda och för att pröva om ersättning kan utbetalas från försäkringen. De upplysningar som typiskt sätt inhämtas för att pröva en ansökan är sjukjournaler och läkarintyg samt andra handlingar innehållande hälsouppgifter som diagnoskod med mera.

Du är enligt försäkringsavtalslagen och gällande försäkringsvillkor skyldig att lämna de upplysningar som är nödvändiga för prövningen av ditt ärende. Ett uteblivet samtycke kan innebära att din ansökan avslås och att ditt ärende inte kan skaderegleras.

Vänliga hälsningar
Fora AB