



För övriga avtalsområden sker ändring via resp valcentral

Försäkring nr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ombud nr	Handläggare	P-id	Telefon (även riktnr)
E-post			

Kund- uppgifter	Den försäkrades namn	
	Utdelningsadress	Telefon bostad (även riktnr)
	Postnr och ort	Telefon/Fax arbete (även riktnr)

Återbetalningsskydd (Om försäkringen tecknats utan återbetalningsskydd och ålderspensionen börjat betalas ut, kan återbetalningsskydd inte väljas till)

<input type="checkbox"/> Ja, jag vill ha återbetalningsskydd. (Fortsätt till A eller B)	<input type="checkbox"/> Nej, jag vill inte ha återbetalningsskydd
---	--

A Familjehändelse

Om du under de senaste 12 månaderna har gift dig, registrerat partnerskap, ingått samboförhållande eller fått barn, fyller du i när familjehändelsen inträffade:	År, månad, dag
--	----------------

B Hälsodeklaration

1. Kan du fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2. Uppbär du sjuklön, sjukpenning, aktivitetsersättning (även vilande), sjukersättning (även vilande eller tidsbegränsad), handikappersättning eller annan liknande ersättning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
3. Har du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning? (T ex lättare eller skyddat arbete)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4. Behandlas eller kontrolleras du för sjukdom, skada eller handikapp och/eller använder du någon receptbelagd medicin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
5. Har du varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd de senaste 3 åren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
OBS! Har du svarat "Nej" på fråga 1 eller "Ja" på någon av frågorna 2-5, ska kompletterande uppgifter lämnas på sidan 2. På sidan 3 finns anvisningar hur du fyller i blanketten		

OBS! Underskrift på sidan 2

Swedbank Försäkrings noteringar	<input type="checkbox"/> Godkänd	<input type="checkbox"/> Avböjd	Datum	Sign



Namn	Personnummer
------	--------------

Kompletterande uppgifter om du svarat "Nej" på fråga 1 eller "Ja" på någon av frågorna 2-5 ska kompletterande uppgifter lämnas

a) Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?
b) När debuterade sjukdomen, skadan eller handikappet?
c) Under vilken tid var du sjukskriven?
d) När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?
e) Vilken läkare eller vårdinrättning har anlåtats? Ange även klinik, mottagning, avdelning (kir, med, psyk etc.) samt läkarens namn
f) Vilken behandling har du genomgått? (operation, strålbehandling, medicinering etc.
g) Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?
h) Vilka kvarstående men eller besvär har du?
i) Sedan när är du symptomfri?
j) Övriga upplysningar. Vid syn- eller hörsselfel, ange felets art och grad samt sida. Vid närsynthet, ange dioptritalen eller bifoga senaste glasögonrecept

Jag har ändrat/kompletterat mina svar på frågorna _____

Övriga uppgifter

OBS! Ansökan ska alltid insändas i original, till

Swedbank Försäkring
FE 902
107 77 Stockholm

Underskrift

De uppgifter jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet mellan mig och Swedbank Försäkring. För försäkringsavtalet gäller dessutom Swedbank Försäkrings försäkringsvillkor.

- Jag bekräftar att uppgifterna i hälsodeklarationen på sidan 1 och i förekommande fall sidan 2 är fullständiga och sanna, samt att jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.
- Jag medger att såväl de uppgifter som Swedbank Försäkring erhåller om mitt hälsotillstånd som Swedbank Försäkrings riskbedömning får delges Swedbank Försäkrings återförsäkringsbolag.
- att Swedbank Försäkring och dess återförsäkringsbolag oavsett bedömningsresultat får registrera och arkivera dessa uppgifter.

Jag bekräftar att ovanstående uppgifter är fullständiga och sanna

Datum	Namn-teckning	Telefon dagtid (även riktnr)
-------	---------------	------------------------------

Så fyller du i ändringsblanketten

Återbetalningsskydd

Att välja **ålderspension med återbetalningsskydd** innebär att utbetalning sker till insatt förmånstagare (Se rubriken Förmånstagare nedan) om den försäkrade avlider

- innan pensionsutbetalningarna påbörjats - 100 procent av fondvärdet, utbetalas under 5 år.
- under pågående utbetalning av temporär ålderspension - 100 procent av kvarvarande fondvärde, utbetalas under den tid som återstår av avtalad utbetalningstid.
- under pågående utbetalning av livsvarig ålderspension - utbetalningarna fortsätter till dess utbetalningarna pågått i 20 år. Efterlevandepensionen är lika stor som den ålderspension som skulle ha utgått om den försäkrade inte hade avlidit.

Utbetalt belopp varierar med hänsyn till förändringar i fondandelarnas värde.

Att välja **ålderspension utan återbetalningsskydd** innebär att om den försäkrade avlider utbetalas ingen ersättning från försäkringen. Pensionskapitalet fördelas på de övriga försäkrade som valt ålderspension utan återbetalningsskydd, vilket ger dem en något högre pension.

A Familjehändelse

Med familjehändelse avses när en försäkrad gifter sig, registrerar partnerskap, blir sambo eller får barn. Inom 12 månader från familjehändelse kan du utan hälsoprövning ändra till försäkring med återbetalningsskydd och få detta även för redan intjänad pension.

Fyll i datum för familjehändelsen och underteckna sedan blanketten under D.

B Hälsodeklaration

Om du vill ändra till försäkring med återbetalningsskydd då ingen familjehändelse har inträffat eller då längre tid än 12 månader har förflutit från familjehändelse måste du fylla i hälsodeklaration. Riskbedömning sker då hos Swedbank Försäkring och om hälsan är fullgod kommer försäkring med återbetalningsskydd att beviljas även för redan intjänad pension.

Om hälsan, enligt Swedbank Försäkrings bedömning, inte är fullgod kommer redan intjänad pension även fortsättningsvis att gälla utan återbetalningsskydd.

Nya premier kommer att placeras i försäkring med återbetalningsskydd.

Underskrift

Din underskrift krävs för att Swedbank Försäkring ska kunna beakta ändringsanmälan.

Förmånstagare

Enligt det generella förmånstagarförordnandet, som gäller så länge du inte skriftligen anmält annat förmånstagarförordnande till Swedbank Försäkring, är förmånstagare

- i första hand make/maka/registrerad partner/sambo.
- i andra hand dina barn oavsett ålder.

Följande personer kan enligt inkomstskattelagen sättas in som förmånstagare:

- a) make/registrerad partner eller tidigare make/registrerad partner
- b) sambo eller tidigare sambo
- c) barn/styvbarn/fosterbarn till den försäkrade eller till någon person enligt a) eller b).

Barnbarn får inte insättas som förmånstagare.

Om du vill ändra förmånstagarförordnandet kontaktar du din Swedbank/sparbank som hjälper dig med en skriftlig ansökan.