



Organisationsnummer

Personnummer

### Hälsohandling

För att full arbetsförhet ska vara tillräcklig som underlag för höjt försäkringsskydd får förmånerna inte höjas med > 10 % om premieavsättningen har angetts som ett fast belopp. Är premieavsättningen beräknad med % av lön/inkomst får lönen inte överskrida 20 % för anställda och 15 % för företagare.

Om höjningen ökat mer än ovan nämnda nivåer under det senaste kalenderåret fordras Hälsöförklaring på särskild blankett.

Om försäkringsbeloppen för premiefrielse och/eller sjukförsäkring ökat till vissa nivåer fordras Läkarylåtande och HIV-test. Detta kan inträffa även om höjningen understiger de nivåer som nämns i första stycket.

### Vad menas med fullt arbetsför?

Med full arbetsförhet menas att den försäkrade

- ska kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar,
- inte uppbär sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning),
- inte uppbär rehabiliteringsersättning, handikappersättning, livränta eller liknande ersättning,
- inte har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning,
- inte har varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd de senaste 360 dagarna (vid nyteckning) samt
- inte har varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste 90 dagarna (vid utnyttjande av höjningsrätt på befintlig försäkring).

**Försäkringstagaren intygar med sin underskrift att den försäkrade är fullt arbetsför.**

**Om någon av angivna personer på sidan 1 ej är fullt arbetsför måste Hälsodeklaration (SL 023) bifogas. Skickas i original till Swedbank Försäkring, FE 902, 107 77 Stockholm. Vid frågor kontakta ditt lokala bankkontor.**

**Jag är införstådd med att oriktig uppgift kan medföra att försäkringsskydd vid skada kan komma att utebli. Om du anger uppgifter som inte är sanna eller fullständiga riskerar ni att betala premier för något som ni inte kan använda fullt ut.**

### Jag intygar att lämnade uppgifter är korrekta

|                   |                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Datum             | Försäkringstagarens underskrift (behörig företrädare för företaget) |
|                   |                                                                     |
| Namnförtydligande |                                                                     |
|                   |                                                                     |