

Swedbank Försäkring
FE 902, 107 77 Stockholm

- Nyteckning
 Ändring
 "10-taggarer"

Personnummer (12 siffror)

Försäkring nr:

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

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

P-id

Ombud nr	Handläggare	E-post	Telefonnummer
----------	-------------	--------	---------------

Försäkrad	Efternamn och förnamn	Telefon bostad (även riktnr)		
	Utdelningsadress, postnummer och ort	Telefon/Fax arbete (även riktnr)		
Arbetsgivare	Företagets namn	Organisationsnr		
	Utdelningsadress	Telefon (även riktnr)		
	Postnr och ort	Telefax (även riktnr)		
<input type="checkbox"/> Den försäkrade ska äga tjänstepensionsförsäkringen (Saknas markering i rutan, gäller att arbetsgivaren ska äga försäkringen)				
Ikraft-trädande	Försäkringen ska börja gälla			
	<input type="checkbox"/> Omgående (År, mån, dag 01) <input type="checkbox"/> Datum <input type="text"/>	Vid "Omgående" börjar försäkringen att gälla dagen efter den dag då ansökan skickats till Swedbank under förutsättning att bolaget kan bevilja sökt försäkringsskydd i sin helhet med normal premie och utan förbehåll. Vid förhandsbesked träder försäkringen i kraft tidigast när Swedbanks riskbedömning accepterats.		
Efterlevande-skydd	Försäkringen gäller alltid med Återbetalningsskydd om inte annat anges nedan.			
	<input type="checkbox"/> Garanterat belopp för efterlevandeskydd _____ kr (minst 50.000 kr) OBS! Den försäkrade ska ha fyllt 16 år men ej 65 år. <input type="checkbox"/> Inget efterlevandeskydd (försäkringen upphör om den försäkrade avlider) <input type="checkbox"/> Återbetalningsskydd (ifylls endast vid ändring till Återbetalningsskydd då sådant tidigare saknats)			
Nyteckning Vid garanterat efterlevandeskydd ska hälsoförklaring lämnas på sidan 5.				
Ändring Vid ändring av försäkring som innebär att Återbetalningsskydd eller Garanterat efterlevandeskydd läggs till eller utökas ska hälsoförklaring lämnas på sidan 5.				
Premie-befrielse	Premiebefrielse (90 dagars karens). Endast vid avtalad årspremie. Den försäkrade får vid tecknandet inte ha fyllt 60 år.			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vid Ja, ska hälsoförklaring lämnas på sidan 5.			
Sjuk-försäkring	Sjukförsäkring. Den försäkrade får vid tecknandet inte ha fyllt 60 år. Kan tecknas endast om premiebefrielse ingår.			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vid Ja, ska hälsoförklaring lämnas på sidan 5.			
	Försäkringsbelopp efter 90 dagars karens	Försäkringsbelopp vid aktivitets-/sjukersättning		
kronor per månad kronor per månad				
Komplette-rande frågor	Sjukförmåner			
	<input type="checkbox"/> Enbart allmän sjukförsäkring <input type="checkbox"/> ITP eller motsvarande <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> Inga sjukförmåner			
Har den försäkrade nu gällande sjukförsäkringar (inkl gruppsjuk)? Ange i så fall				
Beräknings-underlag eller offert ska bifogas ansökan	Belopp	Karenstid	Skattekategori	Försäkringsbolag
	Aktuell sjukförsäkringsgrundande månadslön			kr



Den försäkrades namn	Personnummer
----------------------	--------------

Flytt från annat bolag	Flyttas premiebetalningen från annat bolag med gällande premieförsäkring/sjukförsäkring?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vid "Ja", ska detta styrkas med aktuell skriftlig handling från det andra bolaget, ex vis svar på förfrågan som gjorts med stöd av informationsfullmakt.

Premie	Årspremie ("10-taggare" anges aktuell frilagd premie under alt 1)
	Alt. 1 _____ kr/år Alt. 2 _____ % av pensionsgrundande lön.
	Aktuell pensionsgrundande månadslön _____ kr
	Premien för sjukförsäkringen dras månadsvis från försäkringens värde.
	Betalning av avtalad årspremie görs till pensionsåldern om inte annat anges nedan:
	<input type="checkbox"/> till _____ års ålder <input type="checkbox"/> under _____ år
	Engångspremie _____ år Företagets bokslutsdag

Betalnings-termin	<input type="checkbox"/> Helårsvis <input type="checkbox"/> Halvårsvis <input type="checkbox"/> Kvartalsvis <input type="checkbox"/> Månadsvis <input type="checkbox"/> Engångspremie
--------------------------	---

Premie-betalning	<input type="checkbox"/> Genom dragning från företagets konto clearing nr _____ Konto nr _____ (Överföringen läggs upp av Swedbank Försäkring)
	<input type="checkbox"/> Bankgirobetalning (mot faktura)

Avdrags-regel	<input type="checkbox"/> 35 %-regeln <input type="checkbox"/> Kompletteringsregeln (OBS! Bifoga beräkningsunderlag)
----------------------	---

Pensions-ålder mm	Pensionsålder	Högst 75 år om garanterat efterlevandeskydd ingår	Utbetalningstid
	_____ år (Lägst 55 år)		<input type="checkbox"/> Temporär under _____ år (5-20 år) <input type="checkbox"/> Livsvarig

Förmåns-tagare vid dödsfall	Förmånstagare vid den försäkrades död i nämnd ordning. Den försäkrades
	1. <input type="checkbox"/> 1. Make/sambo/registrerade partner 2. <input type="checkbox"/> 1. Barn (ej barns bröstavingar)
	2. <input type="checkbox"/> 2. Barn (ej barns bröstavingar) 2. <input type="checkbox"/> 2. Make/sambo/registrerade partner
	3. <input type="checkbox"/> Make/Sambo/Registrerad partner till hälften och barn (ej barns bröstavingar) till hälften. Om barn saknas make/sambo/registrerad partner till hela beloppet. Om make/sambo/registrerad partner saknas, barn till hela beloppet.
	Annat förordnande, i nämnd ordning (Som förmånstagare får insättas make eller f d make, sambo eller f d sambo samt barn och fosterbarn till den försäkrade eller någon av de nämnda personerna. Med make jämställs registrerad partner. Ska styvbarn eller fosterbarn insättas måste namn och personnummer anges. Barnbarn får ej insättas)
	1. _____
	2. _____
	Förmånstagare i andra hand inträder som förmånstagare först när samtliga förmånstagare i närmast föregående led saknas. Förmånstagare kan avstå från sin rätt.

Enskild egendom	Ska belopp och/eller försäkring som förmånstagare får, liksom avkastningen därav, vara förmånstagarens enskilda egendom?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med rätt för förmånstagaren att annorlunda förordna.
	Saknas markering i någon av rutorna, gäller att belopp inte blir förmånstagarens enskilda egendom.

Fondval Anges med helt procental, max 5 fonder, minst 100 kr per fond och insättning	Fond		
	<input type="checkbox"/> _____	_____ %	
	<input type="checkbox"/> _____	_____ %	
	<input type="checkbox"/> _____	_____ %	
	<input type="checkbox"/> _____	_____ %	
	<input type="checkbox"/> _____	_____ %	

Den försäkrades namn	Personnummer
----------------------	--------------

Dessutom gäller följande:

Utöver eventuella tidigare tillförsäkrade pensionsförmåner utfäster bolaget pension enligt vad som framgår av denna ansökan. Om försäkringen tecknats med stöd av kompletteringsregeln, gäller att pensionen är till fullo intjänad genom den försäkrades anställning hos bolaget och hos tidigare arbetsgivare.

Med lön avses - om inte annat avtalats - den lön jämte förmåner som ligger till grund för uttag av socialavgifter. Bolagets utfästelse är bindande och omedelbart förfallen till fullgörande, dock att skyldighet att betala premier ej föreligger för tid efter anställningens upphörande.

Arbetsgivaren ansvarar för att premieförändringar eller löneförändringar, om premien bestämts till viss procentuell andel av lönen, anmäls till Swedbank Försäkring.

Ägs försäkringen av arbetsgivaren, förbinder sig denne att inte utan den försäkrades samtycke ändra försäkringen eller förmånstagarförordnandet. Vid anställningens upphörande har den försäkrade rätt att efter skriftlig anmälan hos Swedbank Försäkring få äganderätten överförd till sig eller till ny arbetsgivare.

Om försäkringen inte kan beviljas på normala villkor, kommer försäkringstagaren och den försäkrade att underrättas härom. Försäkringstagaren får då möjlighet att ta ställning till om försäkringen ska fullföljas på de erbjudna villkoren. Om dessa inte accepteras och eventuellt erlagda premier därför önskas återbetalda, ska detta meddelas Swedbank Försäkring inom 14 dagar från det att underrättelse enligt ovan lämnats.

Information om behandling av personuppgifter

De personuppgifter som du lämnar kan komma att delas mellan Swedbank Försäkring AB, Tre Kronor Försäkring AB och Folksam ömsesidig sakförsäkring i den mån det behövs för respektive försäkringsgivares handläggning, riskbedömning, skadereglering och bedömning av försäkringens giltighet i framtiden. Personuppgifter som du lämnar kan även komma att delas med återförsäkringsbolag.

För fullständig information om hur dina personuppgifter behandlas, vänligen se försäkringens förköpsinformation samt "Swedbanks principer för behandling av personuppgifter" på swedbank.se eller kontakta kundcenter eller ditt kontor.

Jag/Vi medger/bekräftar

- att Swedbank Försäkring får göra uttag från angivet konto för betalning av premier för försäkring enligt reglerna på sidan 4.
- att jag/vi mottagit skriftlig information om den sökta försäkringen i form av ett produktblad benämnd "Förköpsinformation Swedbank Pensionsplan".

Underskrift av den försäkrade

Datum	Namnsteckning
Namnförtydligande	

Underskrift av arbetsgivaren

Datum	Namnsteckning/Firmateckning (Firmanamn samt underskrift)
Namnförtydligande	

Legitimation enligt lagen om åtgärder mot penningtvätt

Markera typ av ID-handling och fyll i såväl personnummer som ID-handlingens nummer

Bankens noteringar	<input type="checkbox"/> SIS-märkt ID-kort <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Svenskt EU-pass <input type="checkbox"/> Nationellt ID-kort				Reg-bevis företett
	<input type="checkbox"/> Annan ID-handling				
	Personnummer		ID-handlingens nummer	Sign	

Swedbank Försäkrings noteringar

		RB-kod	Sign
--	--	--------	------

Information om Autogiro och behandling av personuppgifter

Samtycke

Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren, betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten. Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren eller betalningsmottagarens betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rättelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör. Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med betalningsmottagaren. Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

Autogiro

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av betalningsmottagaren. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro, ska betalaren lämna sitt medgivande till betalningsmottagaren om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (t ex bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och betalningsmottagaren ska godkänna betalaren som användare av Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt de regler som gäller hos betalarens betaltjänstleverantör. Meddelande om uttag får betalaren från sin betaltjänstleverantör. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

Definition av bankdag

Med bankdag avses alla dagar utom lördag, söndag, midsommaraf-ton, julafton eller nyårsafton eller annan allmän helgdag.

Information om betalning

Betalaren kommer av betalningsmottagaren att meddelas belopp, förfallodag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfal-lodagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfallodag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfallodagar. Om meddelandet avser flera framtida förfallodagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfallodagen. Detta gäller dock inte fall då betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller be-ställning av vara eller tjänst. I sådant fall får betalaren meddelande av betalningsmottagaren om belopp, förfallodag och betalnings-sätt i samband med köpet och/eller beställningen. Genom under-tecknandet av detta medgivande lämnar betalaren sitt samtycke till att betalningar som omfattas av betalningsmottagarens med-delande enligt denna punkt genomförs.

Täckning måste finnas på kontot

Betalaren ska se till att täckning finns på kontot senast kl 00.01 på förfallodagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfal-lodagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfallodagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från betalningsmotta-garen om antalet uttagsförsök.

Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen betalningsmottagaren senast två bankdagar före förfallodagen el-ler sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören. Om beta-laren stoppar en betalning enligt ovan innebär det att den aktuella betalningen stoppas vid ett enskilt tillfälle. Om betalaren vill att samtliga framtida betalningar som initieras av betalningsmotta-garen ska stoppas måste betalaren återkalla medgivandet.

Medgivandets giltighetstid, återkallelse

Medgivandet gäller tills vidare. Betalaren har rätt att när som helst återkalla medgivandet genom att kontakta betalningsmottagaren eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska för att stoppa ännu inte genomförda betalningar vara betalningsmottagaren tillhanda senast fem bankdagar före förfallodagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

Rätten för betalningsmottagaren och betalarens betaltjänstleve-rantör att avsluta anslutningen till Autogiro Betalningsmottaga-ren har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro trettio dagar efter det att betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Betalningsmottagaren har dock rätt att omedelbart avslu-ta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfallodagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas eller om betal-ningsmottagaren bedömer att betalaren av annan anledning inte bör delta i Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro i enlighet med de villkor som gäller mellan betalarens betaltjänstleverantör och betalaren.

Den försäkrades namn	Personnummer
----------------------	--------------

HÄLSOFÖRKLARING

Vad menas med fullt arbetsför?

Med full arbetsförhet menas att du

- ska kunna fullgöra ditt 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).

Är du osäker på dina svar?

Det är av största vikt att hälsöförklaringen fylls i fullständigt och riktigt. Vi vill därför göra dig uppmärksam på att om du är osäker på om du sökt vård (läkare, vårdcentral, sjukhus etc), inom i respektive fråga angiven tidsram (tidsram kan också saknas), måste du kontakta aktuell vårdgivare/vårdinrättning för besked. Finns det osäkerhet huruvida du varit sjukskriven i perioder om mer än 14 dagar de senaste fem åren, måste du kontakta Försäkringskassan för besked.

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Om inte annat anges ska samtliga sjukdomar, skador, handikapp, hälsokontroller och undersökningar uppges. Hälsöförklaringen kan - om du så önskar - skickas i slutet kuvert till Swedbank Försäkring, antingen direkt av dig eller via bankens representant.

Observera att du själv är ansvarig för riktigheten i dina svar varför samtliga frågor måste besvaras och fyllas i av dig personligen. Det är inte tillåtet att låta någon annan göra detta åt dig.

1. Besvaras av icke svensk medborgare	Nationalitet	Bosatt i Sverige sedan när
2. Din längd och din vikt?	Längd i cm	Vikt i kg
3. Har du lämnat blodprov för HIV (AIDS)-test?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När Provets resultat <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)
4. Röker du eller har du tidigare rökt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ungefär hur mycket röker/rökte du dagligen Om du slutat, ange när

Frågor om genetisk test och familjeupplysning. Om ditt totala försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar överstiger de gränser vilka uppges i informationstexten på sidan 4 ska fråga 5 och 6 besvaras.

5. Har du genomgått någon form av genetisk undersökning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", anledning och resultat Var utfördes undersökningen? Ange läkare och sjukvårdsinrättning med adress
6. Har någon av dina föräldrar eller syskon avlidit före 60 års ålder?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", uppgi vem, ålder och dödsorsak

Om du svarar nej på fråga 7 komplettera svaret på sidan 3. Samtliga frågor ska besvaras

7. Är du fullt arbetsför? (För förklaring, se ovan)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Yrke Beskriv dina arbetsuppgifter
---	--	--------------------------------------

Om du svarar ja på någon av frågorna 8-17 komplettera svaret på sidan 3. Samtliga frågor ska besvaras.

8. Har du sjuklön, sjukpenning, aktivitetsersättning (även vilande), sjukersättning (även vilande eller tidsbegränsad), handikappersättning, rehabiliteringsersättning, livränta, liknande ersättning eller har du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilken/Vilket Sedan när Anledning
9. Går du på kontroller/undersökningar eller har du någon läkare som du brukar anlita? OBS! Hälsokontroller och gynekologiska kontroller som ej föranletts av symtom/sjukdom och där resultaten varit utan anmärkning, behöver inte uppges. Kontroller under komplikationsfri graviditet behöver ej heller uppges.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Anledning Läkarens namn och fullständiga adress
10. Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven eller arbetsoförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ange tidsperioder Orsak Sjukskrivande läkare (namn och postadress)

Den försäkrades namn	Personnummer
----------------------	--------------

11. Använder du någon medicin?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", vilken/vilka	
Dos	
Anledning	
Receptskrivande läkare (Fullständig adress)	

12. Har du någon sjukdom, skada på inre organ, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning eller annan kroppsdefekt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
---	--

13. Har du eller har du tidigare haft:

a) Psykiska besvär, sömnrubbnig, psykisk sjukdom, utbrändhet, stress eller kontakt med psykolog, psykoterapeut eller liknande?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
b) Sjukdom, skada, förslitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder, muskler eller skelett?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
c) Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
d) Besvär från rygg eller nacke? Ischias eller diskbräck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nacke	
<input type="checkbox"/> Bröstrygg	
<input type="checkbox"/> Ländrygg	
<input type="checkbox"/> Annat:	
e) Sjukdom/besvär som behandlats av sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, akupunktör eller annan liknande vårdgivare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Uppge år, månad för senaste behandling	
f) Alkoholproblem eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
14. Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Typ av preparat	
Under vilken tidsperiod	
När senast	

15. Har du under de senaste 5 åren haft, kontrollerats, undersökts eller behandlats för:

a) Ögonsjukdom? Synnedsättning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
Uppge sjukdom, skada eller närsynthet					
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Närsynt					
Vid närsynthet om minst 6 dioptrier på något av ögonen, ange dioptritalet. Om du inte vet ska du bifoga det senaste glasögonreceptet.					
Dioptrital <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="padding: 0 5px;">höger</td><td style="width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></td></tr><tr><td style="padding: 0 5px;">vänster</td><td style="width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></td></tr></table>	höger		vänster		
höger					
vänster					
b) Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
Uppge sjukdom, skada eller hörselnedsättning samt vilket öra					
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster				
c) Högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
d) Blodpropp? Hjärnblödning? Kärlsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
e) Åderbräck ben?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
f) Förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
g) Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfäddhet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
h) Andningsuppehåll vid snarkning (sömnapné)?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
i) Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
j) Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
k) Hudsjukdom eller eksem? Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
l) Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan? Gulsot?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
m) Struma, hormonell sjukdom eller ämnesomsättningsrubbnig?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
n) Förhöjt blodsocker? Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
o) Äggvita, blod eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
p) Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
q) Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
r) Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
s) Blodsjukdom inklusive blodbrist?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
t) Epilepsi, krampanfall, förlamning eller annan sjukdom i nervsystemet? Svimningsanfall?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
u) Yrsel, migrän eller annan huvudvärk?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
16. Har du under de senaste 5 åren behandlats eller undersökts för annan sjukdom/besvär/symtom än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
17. Har du symtom/besvär som du ännu inte sökt läkare/annan vårdgivare för eller är det planerat eller är du rekommenderad någon form av läkarbesök, undersökning, behandling eller operation?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				

FÖLJDFRÅGOR

Viktigt! Om du inte är fullt arbetsför eller svarat "Ja" på någon av frågorna 8 - 17 ska du lämna kompletterande upplysningar kolumnvis här nedan.

Samtliga frågor 18 a-k ska besvaras (Vid brist på utrymme, kan svar lämnas på baksidan).

	Kolumn 1 OBS! Alla frågor måste besvaras	Kolumn 2 OBS! Alla frågor måste besvaras	Kolumn 3 OBS! Alla frågor måste besvaras
18 a) Uppge sjukdom, skada, handikapp, symptom eller besvär. Uppge var på kroppen samt om det avser höger eller vänster sida.			
b) När började sjukdomen/ besvären?			
c) Vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven? Uppge datum			
d) Vilken läkare, vårdgivare eller vårdinrättning har du anlitat? Uppge läkarens namn och fullständig adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.			
e) Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?			
f) Vilken vård och behandling har du fått? (Operation, sjukgymnastik, medicinering etc)			
g) När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du senast?			
h) Ska du på kontroll igen? När? Var?			
i) Vilka kvarstående besvär eller symptom har du?			
j) Har du besvär av detta i ditt arbete? Vilka?			
k) Sedan när är du symtomfri?			
l) Övriga upplysningar			

Den försäkrades namn	Personnummer
----------------------	--------------

Information om behandling av personuppgifter

För fullständig information om Swedbank Försäkrings behandling av personuppgifter, vänligen se försäkringens förköpsinformation samt "Swedbanks principer för behandling av personuppgifter" på swedbank.se eller kontakta kundcenter eller ditt kontor.

Information till den som ska försäkras

För att försäkring ska kunna beviljas kan försäkringsgivaren komma att behöva inhämta ytterligare upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m m som försäkringsgivaren anser sig behöva för att handlägga försäkringsansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet. För det fall ytterligare uppgifter behövs för vår bedömning kommer ditt samtycke att inhämtas. För det fall samtycke inte kan lämnas kan det komma att innebära att försäkring inte kan beviljas, försäkringens giltighet påverkas eller att utbetalning inte kan verkställas.

Underskrift av den som ska försäkras

De uppgifter jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet mellan mig och Swedbank Försäkring/Tre Kronor Försäkring AB/Folksam ömsesidig sakförsäkring. För försäkringsavtalet gäller dessutom försäkringsgivarens försäkringsvillkor.

Jag bekräftar att uppgifterna i hälsoförklaringen på sidan 1 - 3 är fullständiga och sanna, samt att jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

(Uppgifterna hanteras under sekretess)

Datum (år, mån, dag)

Namnteckning

Information om frågor angående genetisk test och familjeupplysning

A. Lagen om genetisk integritet

Syftet med lagen om genetisk integritet är att värna om den enskilda människans integritet. Lagen gäller bland annat användning av genetiska undersökningar och genetisk information. Lagstiftningen omfattar inte undersökningar i syfte att ställa sjukdomsdiagnos. Avseende familjeupplysningar omfattar lagstiftningen endast familjeupplysningar som framtagits inom hälso- och sjukvården.

B. Definitioner

I denna lag betyder:

- Genetisk undersökning: en undersökning inom hälso- och sjukvården eller medicinsk forskning som syftar till att ge upplysning om en människas arvs massa genom olika analysmetoder eller genom inhämtande av upplysningar om hans eller hennes biologiska släktingar.
- Genetisk information: information om resultatet av en genetisk undersökning, dock inte till den del informationen endast innefattar upplysning om den undersöktes aktuella hälsotillstånd.

C. 2 kap. Genetisk undersökning och information samt genterapi

1§ Ingen får utan stöd i lag ställa som villkor för ett avtal att den andra parten skall genomgå en genetisk undersökning eller lämna genetisk information om sig själv.

Ingen får utan stöd i lag i samband med avtal efterforska eller använda genetisk information om den andre. Ingen får olovligen bereda sig tillgång till genetisk information om någon annan.

Användning av genetisk information på försäkringsområdet

2§ I fråga om riskbedömd personförsäkring får utan hinder av vad som sägs i 1§ andra stycket första meningen ett försäkringsbolag efterforska eller använda genetisk information i samband med ingående, ändring eller förnyelse av avtal, om

1. den försäkrade fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som vid försäkringsfall skall utfalla som ett engångsbelopp överstiger 30 prisbasbelopp enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, eller
2. den försäkrade har fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som vid ett försäkringsfall skall utfalla som en periodisk ersättning överstiger fyra prisbasbelopp per år.

D. Kommentar

Med försäkringsbelopp avses totalt riskbedömt försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar i ett och samma bolag.

Utdrag ur proposition 2005/2006:64

Swedbank Försäkrings noteringar		
	RB-kod	Sign