

Fyll i ditt namn och adress nedan

Blanketten skickas till

Fora AB, Box 270, 751 05 UPPSALA

OBS! Meddelanden kan inte lämnas på denna blankett.**1 Ändring av pensionsförvaltare och/eller sparform**

OBS! Kryssa endast för en ruta. Du väljer antingen Traditionell försäkring eller Fondförsäkring.

Traditionell försäkring

- Alecta Optimal Pension
 AMF Framtid
 Folksam Liv
 Länsförsäkringar Liv
 Nordea Liv & Pension Premiegaranti
 Swedbank Försäkring

Fondförsäkring

- AMF
 Avanza Pension
 Danica Pension
 Folksam LO Fondförsäkring
 SPP Liv Fondförsäkring

2 Ändring av återbetalningsskydd - välj till eller välj bort.

- Jag vill ha återbetalningsskydd Jag har under de senaste 12 månaderna gift mig, blivit sambo, ingått registrerat partnerskap eller fått barn.

Datum för familjehändelsen

Viktigt! Om du valt återbetalningsskydd men inte gift dig, blivit sambo, ingått registrerat partnerskap eller fått barn de senaste 12 månaderna måste du fylla i hälsodeklarationen på baksidan.

- Jag vill välja bort återbetalningsskydd

3 Ändring av familjeskydd - välj till, ändra eller välj bort.Kostnaden för familjeskyddet dras varje år från din pensionspremie. Ju högre nivå och ju fler utbetalningsår du väljer, desto högre blir kostnaden. Läs mer om kostnaden på www.fora.se.**A Välj en nivå** Ett prisbasbelopp = 42.800 kr (2009)

- Ja, med 1 prisbasbelopp per år Ja, med 3 prisbasbelopp per år
 Ja, med 2 prisbasbelopp per år Ja, med 4 prisbasbelopp per år

B Välj antal utbetalningsår

- 5 år 15 år
 10 år 20 år

Viktigt! Du måste även fylla i hälsodeklarationen på baksidan om du väljer till eller utökar familjeskyddet.**C Uppsägning av familjeskydd**

- Nej, jag vill inte ha familjeskydd längre

4 Underskrift

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

Personnummer
Fyll i 10 siffror
år mån dag nr

Hälsodeklaration

för Avtalspension SAF-LO

Fyll i ditt namn och adress nedan

Observera att du bara behöver fylla i hälsodeklarationen om du:

- 1) valt till familjeskydd
- 2) ökat antalet prisbasbelopp och/eller utbetalningsår för familjeskydd
- 3) valt till återbetalningsskydd utan att du gift dig, blivit sambo, ingått partnerskap 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? Ja Nej

Ovanstående uppgifter ska ligga till grund för försäkringen. För att få försäkring får du inte lida av allvarlig sjukdom.

OBS! Har du svarat "Ja" på någon av frågorna A eller B, ska du lämna kompletterande uppgifter om vilka besvär/symptom, vilken sjukdom, skada eller vilket handikapp det gäller, under vilka tider du varit sjuk samt vilken läkare som behandlat dig (namn och mottagningsadress)

Kompletterande uppgifter:

(V g texta)

Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig.

Jag samtycker till:

att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar, journaler, intyg med mera som Fora anser sig behöva för att handlägga denna försäkringsansökan, bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden. 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.

Underskrift

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

Personnummer
Fyll i 10 siffror
år mån dag nr