

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 Jag vill flytta från:** Kryssa för det/de bolag du vill flytta ditt pensionskapital från.

**Traditionell försäkring**

- Alecta Optimal Pension
- AMF Framtid
- Folksam Liv
- Handelsbanken Liv
- KPA Pensionsförsäkring
- Länsförsäkringar Liv
- Nordea Liv & Pension
- Pensionskassan Prometheus
- SEB/SEB Trygg Liv
- Skandia Liv
- SPP Livförsäkring
- Svensk Handel Försäkringar - KPK
- Swedbank Försäkring
- Volvoresultats Försäkringsförening

**Fondförsäkring**

- AMF
- Avanza Pension
- Danica Pension
- Folksam-LO Pension
- Handelsbanken Liv
- KPA Pensionsförsäkring
- Länsförsäkringar Liv
- Nordea Liv & Pension
- SEB/SEB Trygg Liv
- Skandia Link
- SPP Liv Fondförsäkring
- Svensk Handel Försäkringar - KPK
- Swedbank Försäkring

**2 Jag vill flytta till:** Ange vilket bolag du vill flytta ditt pensionskapital till genom att **kryssa för en ruta.**

**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 Pension
- SPP Liv Fondförsäkring

**3** Fyll även i blankettens baksida om du vill ändra eller lägga till återbetalningsskydd och/eller familjeskydd.

**4 Underskrift**

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

Personnummer
<b>Fyll i 10 siffror</b>
år   mån   dag   nr

Foras not    **038 11 01**

Pens.förv. not

**Återbetalningsskydd – lägg till eller välj bort**

Fyll bara i om du ska ändra ditt val av återbetalningsskydd.

- Jag vill lägga till återbetalnings-  
skydd
- Jag har under de senaste 12 månaderna gift mig, blivit  
sambo eller fått barn.

Datum för familjehändelsen

**Viktigt!** Om du valt återbetalningsskydd men inte gift dig, blivit sambo eller fått barn de senaste 12 månaderna måste du fylla i hälsodeklarationen nedan.

- Jag vill välja bort återbetalningsskydd

**Familjeskydd – lägg till, ändra eller välj bort.**

Fyll bara i om du ska ändra ditt val av familjeskydd.

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](http://www.fora.se).**A Välj en nivå** Ett prisbasbelopp = 42.800 kr (2011)

- 1 prisbasbelopp per år
- 2 prisbasbelopp per år
- 3 prisbasbelopp per år
- 4 prisbasbelopp per år

**B Välj antal utbetalningsår för  
ditt familjeskydd**

- 5 år
- 10 år
- 15 år
- 20 år

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

**C Uppsägning av familjeskydd**

- Jag väljer bort familjeskyddet. (Familjeskyddet upphör då att gälla den 31 december i år.)

**Underskrift för återbetalningsskydd/familjeskydd**

Datum (år, mån, dag)	Namn-teckning	Personnummer

**Underskrift för återbetalningsskydd/familjeskydd**

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

---

**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.

**Kompletterande uppgifter - Obs! Fyll bara i om du svarat **Ja** på någon av frågorna ovan. V g Texta!**

Vilka besvär/symtom, sjukdom, skada eller handikapp har du?  
.....  
.....

Under vilka perioder har du varit sjuk?  
.....  
.....

Vilken/vilka vårdinrättningar har du behandlats vid? Ange namn och mottagningsadress.  
.....  
.....

Använder du receptbelagd medicin? Om ja, vilken/vilka?  
.....  
.....

Aktuell längd ..... Aktuell vikt ..... Har du rökt de senaste året?  Ja  Nej

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 du också måste skriva under den bifogade fullmakten, annars kan vi inte behandla din ansökan.

**Underskrift**

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 anlitad 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](http://www.fora.se).

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

**Underskrift**

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

www.fora.se  
Telefon: 08-787 40 10  
Besök: Vasagatan 12  
Organisationsnr: 556541-8356

## Information om flytt av pensionskapital

*Du vill flytta ditt pensionskapital till en ny pensionsförvaltare. Flytten gäller också som omval vilket innebär att även dina framtida pensionspremier förs över till den nya förvaltaren. Omfattas du av Livsarbetstidspension/Arbetstidspension, flyttas även det kapitalet. I och med att kapitalet flyttas upphör den tidigare försäkringen. Flytträtten gäller kapital intjänat från 1996.*

### Viktigt - innan du påbörjar flytten!

Pensionsförvaltaren du flyttar från har rätt att ta ut en avgift för flytten. Flyttar du från en traditionell försäkring kan vissa förvaltare också marknadsvärdesjustera försäkringen. Det innebär att värdet minskar på det kapital du flyttar. Kontakta alltid förvaltaren du vill flytta från för mer information. Läs mer på [www.fora.se](http://www.fora.se).

### Kan jag ångra mig?

När vi tagit emot din flyttbegäran får du ett brev från oss med information om vilka flyttar du begärt. Om det är någonting som inte stämmer eller om du ångrar din flytt av pensionskapital kan du avbryta flytten genom att kontakta Fora snarast.

### När flyttas kapitalet?

Beroende på att förvaltarna har olika karenstider tar flytten mellan två och sex månader. När allt är klart får du en bekräftelse från Fora.

### Så fyller du i blanketten

1. Kryssa för den/de pensionsförvaltare du vill flytta ditt kapital **från**.
2. Kryssa för den pensionsförvaltare du vill flytta ditt kapital **till**, välj endast en.
3. Du kan komplettera med, eller välja bort återbetalningsskydd och/eller familjeskydd. Fyll i så fall i baksidan av blanketten.
4. Kom ihåg att skriva under blanketten.

### Ändring av återbetalningsskydd

Du kan komplettera med eller välja bort återbetalningsskydd. Skyddet träder i kraft från blankettens ankomstdatum. Återbetalningsskydd innebär att din familj (förmånstagare) får värdet av ditt sparade pensionskapital när du dör.

Din framtida pension blir lägre om du väljer till återbetalningsskydd.

### Ändring av familjeskydd

Du kan komplettera med, ändra nivå på eller välja bort familjeskydd. Skyddet träder i kraft från blankettens ankomstdatum, förutsatt att hälsoprövningen godkänns. Väljer du bort familjeskydd upphör det den 31 december samma år.

Familjeskydd ger din familj (förmånstagare) en extra pension om du dör före 65 års ålder.

Du kan välja olika storlek och utbetalningstid på familjeskyddet - 1, 2, 3 eller 4 prisbasbelopp per år som utbetalas under 5, 10, 15 eller 20 år. (Ett prisbasbelopp är 42 800 kronor 2011.)

Kostnaden för familjeskyddet dras från dina pensionspremier vilket innebär att din pension blir lägre.

### Vem är förmånstagare?

Förmånstagare är i första hand din make/maka eller sambo och i andra hand dina barn.

### Måste jag fylla i hälsodeklaration och fullmakt?

Du måste fylla i en hälsodeklaration och fullmakt om du väljer att komplettera med återbetalningsskydd och/eller familjeskydd samt om du ändrar storlek eller utbetalningstid på familjeskyddet.

### Observera!

Du har rätt att komplettera med återbetalningsskydd utan hälsodeklaration inom ett år från det att du gifter dig, blir sambo eller får barn. Fyll i datumet för familjehändelsen.

### Fora jobbar för dig

Har du frågor om flytt av pensionskapital, läs mer på [www.fora.se](http://www.fora.se) eller kontakta kundcenter på telefon 08-787 40 10.

Du kan också kontakta pensionsförvaltarna direkt. På baksidan hittar du deras kontaktuppgifter.

## Pensionsförvaltare

---

### Valbara pensionsförvaltare

#### Traditionell försäkring

Alecta Optimal Pension  
020-78 22 80, [www.alecta.se](http://www.alecta.se)

AMF Framtid  
020-696 320, [www.amf.se](http://www.amf.se)

Folksam Liv  
0771-950 950, [www.folksam.se](http://www.folksam.se)

Länsförsäkringar  
020-313 313, [www.lansforsakringar.se](http://www.lansforsakringar.se)

Nordea Liv & Pension Premiegaranti  
08-787 67 04, [www.nordea.se/pension](http://www.nordea.se/pension)

Swedbank Försäkring  
0771-60 65 02, [www.swedbank.se](http://www.swedbank.se)

#### Fondförsäkring

AMF  
020-696 320, [www.amf.se](http://www.amf.se)

Avanza Pension  
08-562 250 00, [www.avanza.se](http://www.avanza.se)

Danica Pension  
0752- 48 10 00, [www.danica.se](http://www.danica.se)

Folksam-LO Pension  
020-414 414, [www.folo.nu](http://www.folo.nu)

SPP Liv Fondförsäkring  
0771-533 533, [www.spp.se](http://www.spp.se)

---

### Ej längre valbara pensionsförvaltare

#### Traditionell försäkring

Handelsbanken Liv  
0771-78 22 25, [www.handelsbanken.se/liv](http://www.handelsbanken.se/liv)

KPA Pensionsförsäkring  
020-650 500, [www.kpa.se](http://www.kpa.se)

Pensionskassan Prometheus  
08-605 45 61, [www.huvudmannaforbundet.com](http://www.huvudmannaforbundet.com)

SEB Trygg Liv  
077-11 11 800, [www.tryggliv.se](http://www.tryggliv.se)

Skandia Liv  
020-55 55 00, [www.skandia.se](http://www.skandia.se)

SPP Livförsäkring  
0771-533 533, [www.spp.se](http://www.spp.se)

Svensk Handel Försäkringar - KPK  
08-762 76 70, [www.shf-kpk.se](http://www.shf-kpk.se)

Volvoresultats Försäkringsförening  
031-66 12 10, [www.volvoresultat.com](http://www.volvoresultat.com)

#### Fondförsäkring

Handelsbanken Liv  
0771-78 22 25, [www.handelsbanken.se/liv](http://www.handelsbanken.se/liv)

KPA Pensionsförsäkring  
020-650 500, [www.kpa.se](http://www.kpa.se)

Länsförsäkringar  
020-313 313, [www.lansforsakringar.se](http://www.lansforsakringar.se)

Nordea Liv & Pension  
08-787 67 04, [www.nordea.se/pension](http://www.nordea.se/pension)

SEB Trygg Liv  
077-11 11 800, [www.tryggliv.se](http://www.tryggliv.se)

Skandia Link  
020-55 55 00, [www.skandia.se](http://www.skandia.se)

Svensk Handel Försäkringar - KPK  
08-762 76 70, [www.shf-kpk.se](http://www.shf-kpk.se)

Swedbank Försäkring  
0771-60 65 02, [www.swedbank.se](http://www.swedbank.se)