

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 Pensionsförvaltare och sparform

OBS! Kryssa endast för en ruta. Du väljer antingen Traditionell försäkring eller Fondförsäkring. Fyll bara i om du ska ändra ditt val av förvaltare eller sparform.

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

2 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 på baksidan och den bifogade fullmakten.

- Jag vill välja bort återbetalningsskydd

3 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 på www.fora.se.

A Välj en nivå Ett prisbasbelopp = 42.800 kr (2011)

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

B Välj antal utbetalningsår för ditt familjeskydd

- 5 år 15 år
 10 år 20 år

Viktigt! Du måste även fylla i hälsodeklarationen på baksidan och den bifogade fullmakten om du lägger till eller utökar familjeskyddet.

C Uppsägning av familjeskydd

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

4 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

Observera att du bara behöver fylla i hälsodeklarationen om du:

- 1) lagt till familjeskydd
- 2) ökat antalet prisbasbelopp och/eller utbetalningsår för familjeskydd
- 3) valt till återbetalningsskydd utan att du gift dig, blivit sambo 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 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.

<p>Kompletterande uppgifter - Obs! Fyll bara i om du svarat Ja på någon av frågorna ovan. V g Texta!</p> <p>Vilka besvär/symtom, sjukdom, skada eller handikapp har du?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Under vilka perioder har du varit sjuk?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Vilken/vilka vårdinrättningar har du behandlats vid? Ange namn och mottagningsadress.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Använder du receptbelagd medicin? Om ja, vilken/vilka?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Aktuell längd Aktuell vikt Har du rökt de senaste året? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>

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.

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