

Omvalsblankett Avtalspension SAF-LO

Omval sid 1

1

- Tre bolag för traditionell försäkring
- Tio bolag för fondförsäkring

2

- Möjlighet att lägga till eller välja bort återbetalningsskydd. I normalfallet krävs hälsodeklaration och fullmakt.

3

- Familjeskydd kan läggas till, ändras storlek på eller väljas bort. Hälsodeklaration och fullmakt krävs.
- Fora informerar om kostnaden för familjeskyddet.

4

- Underskrift för pensionsval, återbetalningsskydd och familjeskydd.



Fora AB
www.fora.se
Telefon: 08-787 40 10
Organisationsnr: 556541-8356

Ändring av pensionsval för Avtalspension SAF-LO

Sida
1/4

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
 AMF
 Folksam Liv

Fondförsäkring

- AMF
 Danica Pension
 Folksam LO Pension
 Handelsbanken Liv
 Länsförsäkringar Fondliv
- Movesta Liv & Pension
 Nordea Liv & Pension
 SEB Trygg Liv
 SPP
 Swedbank Försäkring

2 Återbetalningsskydd – Lägg till

Jag vill lägga till återbetalningsskydd.

Har du under de senaste 12 månaderna gift dig, blivit sambo eller fått barn?

Ja → Datum för familjehändelsen: _____

Nej → **Viktigt!** Fyll i medföljande hälsodeklaration och fullmakt.

– Välj bort

Jag vill välja bort återbetalningsskydd.

3 Familjeskydd – Lägg till eller ändra

Observera att familjeskydd kan väljas tidigast den månad du fyller 25 år. Du väljer hur många prisbasbelopp dina efterlevande ska få per år och i hur många år familjeskyddet ska betalas ut. Ett prisbasbelopp = 44 500 kr (2015). Kostnaden för familjeskyddet (mellan 157 och 5 612 kr/år) dras från din pensionspremie. Läs mer om familjeskydd på www.fora.se.

A. Välj antal prisbasbelopp (pbb) per år

- 1 pbb/år
 2 pbb/år
 3 pbb/år
 4 pbb/år

B. Välj antal utbetalningsår för familjeskyddet

- 5 år
 10 år
 15 år
 20 år

→ **Viktigt!** Fyll i medföljande hälsodeklaration och fullmakt.

– Välj bort

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

Foras not 0 2 4 1 5 0 1


Pens.förv.not

OPVAL ASI 2015 01

Omval sid 2

Hälsodeklaration

- Fylls i om man
 - Lagt till familjeskydd
 - Ökat antalet prisbasbelopp och/eller utbetalningsår för familjeskydd
 - Valt till återbetalningsskydd utan att ha gift sig, blivit sambo eller fått barn
- Underskrift för hälsodeklaration
 - Viktigt att man skriver under också den här sidan

 **Hälsodeklaration**
För Avtalspension SAF-LO

Fora AB
www.fora.se
Telefon: 08-787 40 10
Organisationsnr: 556541-8356

Sida
2/4

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.

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

Vilken 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 det 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 för hälsodeklaration

Datum (år, mån, dag), namnteckning	Personnummer Fyll i 10 siffror år mån dag nr
Telefon (även riktnr)	


Foras not 044 11 07

HP 2013 01

Omval sid 3 och 4

Fullmakt

- Fullmakten ger Fora rätt att inhämta uppgifter från läkare osv i samband med eventuella framtida försäkringsfall.
- Underskrift för fullmakt – Även den här sidan ska skrivas under.

**Fora**
Fora AB
www.fora.se
Telefon: 08-787 40 10
Organisationsnr: 556541-8356

Fullmakt att inhämta uppgifter
i händelse av din anställdes död

Sida 3/4

Fyll i ditt namn och adress nedan

Blanketten skickas till:
Fora AB
FE 200
751 75 LUPPSALA

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 försäkringsrättning lämnar de uppgifter, 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 övriga 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.

#FF002 3811 07

Underskrift för fullmakt

Datum (år, månad, dag, namnredning)	Personnummer Fyll i 10 siffror år mån dag nr
Telefon (även riktnr)	

Fora not 047 11 07

**Fora**
Fora AB
www.fora.se
Telefon: 08-787 40 10
Organisationsnr: 556541-8356

Sida 4/4

Upplysning om ditt samtycke och gällande sekretess

När arbetar inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt, oavsett om vården bedrivs privat eller i regi. Det betyder att ingen får lämna ut uppgifter om dig, din sjukdom, din behandling eller om du brott mot tystnadsplikten kan medföra straffansvar för den som bryter mot reglerna.

Den dock tystnadsplikten brytas, exempelvis om en myndighet med stöd av lag begär att få ut eller om du själv går med på att uppgifter lämnas ut (samtycke).

Det behövs av att inhämta hälsouppgifter från läkare eller annan sjukpersonal, sjukhus m.m. dels om hälsokraven i försäkringsvillkoren är uppfylls och dels, i händelse av den försäkrades att skaderegleras enligt gällande försäkringsvillkor. De upplysningarna som inhämtas ligger i rättslig förhållande till försäkringen. De upplysningarna som inhämtas ligger i rättslig förhållande till försäkringen. De upplysningar som typiskt sett inhämtas för att söka är sjukjournaler och läkarintyg samt andra handlingar innehållande hälsouppgifter som med mera.

Försäkringsavtalslagen och gällande försäkringsvillkor skyddar dig om du lämnar uppgifter som inte kan skaderegleras. Ett uteblivet samtycke kan innebära att din ansökan avslås för prövningen av ditt ärende.