

Fyll i ditt namn och adress nedan

Blanketten skickas till:

Fora AB
C8821
190 86 Rosersberg

OBS! Meddelanden kan inte lämnas på denna blankett.

1 Pensionsbolag 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
☐ SEB

Fondförsäkring

- | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AMF | <input type="checkbox"/> Movestic |
| <input type="checkbox"/> Folksam LO | <input type="checkbox"/> Nordea |
| <input type="checkbox"/> Futur | <input type="checkbox"/> SEB |
| <input type="checkbox"/> Handelsbanken | <input type="checkbox"/> SPP |
| <input type="checkbox"/> Länsförsäkringar | <input type="checkbox"/> Swedbank |

2 Återbetalningsskydd - Lägg till

Observera att om du väljer till återbetalningsskydd efter att du har börjat ta ut din pension hos ett pensionsbolag gäller skyddet bara framtida premieinbetalningar hos det pensionsbolaget.

☐ 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.

- Välj bort

☐ Jag vill välja bort återbetalningsskydd.

3 Familjeskydd - Lägg till eller ändra

Observera att familjeskydd kan väljas tidigast från den månad du fyller 22 år. Kostnaden beror på hur många prisbasbelopp du väljer att dina efterlevande ska få per år och i hur många år familjeskyddet ska betalas ut. Kostnaden för familjeskydd dras från din pensionspremie och minskar din egen pension. På www.fora.se kan du se vad familjeskyddet kostar.

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.

- Välj bort

☐ Jag väljer bort familjeskyddet.

4 Underskrift

Datum (år, mån, dag), namnteckning

Telefon (även riktnr)

Personnummer

Fyll i 10 siffror

år mån dag nr

Foras not **024 21 03**

Pens.bolag.not

Hälsodeklaration

för Avtalspension SAF-LO

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!

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 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.

Underskrift för hälsodeklaration

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

Personnummer			
Fyll i 10 siffror			
år	mån	dag	nr

Foras not **044 11 07**

Fora behandlar personuppgifter i enlighet med vid var tid gällande dataskyddslagstiftning. Mer information finns på fora.se/personuppgifter.