

Tjänstepension

1 FÖRSÄKRING

Produktnamn	Försäkringsnummer
-------------	-------------------

2 FÖRSÄKRAD

Förnamn och efternamn		Personnummer
Postadress	Postnummer	Postort
Telefon inkl riktnummer	Mobilnummer	E-postadress

3 ÄLDERSPENSION

Jag vill

ändra mitt månadssparande till kr/mån (Obs gäller endast löneavstående/löneväxling)

ändra förvaltningsform för kommande premier traditionell försäkring % fondförsäkring %

4 ÅTERBETALNINGSSKYDD

Jag vill att ändringen ska gälla för: traditionell försäkring fondförsäkring

Jag vill

komplettera med återbetalningsskydd till efterlevande

Datum då jag gifte mig, registrerade partnerskap, ingick samboförhållande eller fick barn: (år, mån, dag)

Obs! Om din familjesituation inom det senaste året inte har förändrats, måste du besvara hälsofrågorna och lämna samtycke på baksidan av blanketten.

- att återbetalningsskydd till efterlevande upphör
 ändra mitt förmånstagarförordnande, skicka mig en blankett

5 UNDERSKRIFT

De uppgifter som lämnats i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet mellan mig och AMF. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att avtalet är ogiltigt.	
Den försäkrades underskrift	Ort och datum



Du kommer att se din ändring och ditt nya försäkringsbesked på Dina sidor på amf.se

Hälsofrågor

Signatur

Personnummer

Försäkringsnummer

- 1 Har du sjukbidrag, sjuk-/rehabiliteringsersättning, sjuklön, aktivitets-/sjukersättning, förtidspension eller arbetsskadelivränta? Ja Nej
- 2 Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom, skada eller handikapp? Ja Nej
- 3 Använder du någon medicin? Ja Nej
- 4 Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal? Ja Nej
- 5 Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad? Ja Nej
- 6 Längd och viktcmkg

Om du har svarat ja på någon av frågorna ovan lämna kompletterande upplysningar nedan. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och behandlingar ska uppges, samt sjukskrivningar mer än en månad i följd. Skriv bilaga om mer utrymme behövs.

Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Anledningen till undersökningen

Under vilka tider har du varit sjuk?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?

Vilken läkare, vårdgivare eller vårdinrättning har du anlitat? Ange även vårdcentral, sjukhus, klinik samt fullständig adress

Vilken behandling har du genomgått? Operation, medicinering etc.

Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?

Sedan när är du symptomfri eller vilka kvarstående besvär har du?

6 UNDESKRIFT

Jag samtycker till att läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdgivare, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna AMF, eller det återförsäkringsbolag AMF anlitat, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m m som AMF, eller återförsäkringsbolaget, anser sig behöva vid skadereglering som sker efter dödsfall.

Samtycket kan inte användas i annat syfte och gäller endast till dess skaderegleringen är avslutad.

Om samtycke inte ges kan någon ändring av försäkringen inte ske.

Den försäkrades underskrift

Ort och datum

Den försäkrades underskrift	Ort och datum
-----------------------------	---------------