

Ändring av KAP-KL

Skicka blanketten portofritt till: Frisvar, AMF, 110 06 Stockholm eller faxa in på 08-696 34 10

1 FÖRSÄKRAD

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

2 ÅTERBETALNINGSSKYDD

Jag vill

komplettera med återbetalningsskydd till efterlevande
Datum då jag gifte mig, registrerade partnerskap, ingick samboförhållande eller fick barn: (år, månad, dag)

Obs! Om din familjesituation inom det senaste året **inte** har förändrats måste du besvara hälsofrågorna på baksidan.

- att återbetalningsskyddet till efterlevande ska upphöra.
 ändra mitt förmånstagarförordnande. Skicka mig en blankett.

3 UNDESKRIFT

<p>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.</p> <p>För att AMF ska kunna behandla och bedöma din ansökan måste vi ha viss kunskap om din hälsa. Jag samtycker därför till att läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdgivare, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får</p>	<p>lämna AMF, eller det återförsäkringsbolag AMF anlitar, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m m som AMF, eller återförsäkringsbolaget, anser sig behöva för att handlägga ansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringsavtalets giltighet i framtiden. Även om din ansökan inte beviljas och efter det att försäkringen avslutats kan dina hälsouppgifter komma att behandlas i viss tid. Samtycket gäller till dess det skriftligen återkallas eller ärendet avslutats. Om samtycket återkallas dessförinnan kan ansökan inte behandlas.</p>
Den försäkrades underskrift	Ort och datum

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 vikt cm kg

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?