



Återbetalningsskydd

Denna blankett läses maskinellt. Endast information i rutorna registreras.

Försäkrad

Namn

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

--	--

Postadress

Postnummer

Postort

--	--	--

Telefon inkl riktnummer

Mobilnummer

E-postadress

--	--	--

Ändring av återbetalningsskydd

Välj endast att fylla i ett av alternativen 1 eller 2.

För ytterligare information om återbetalningsskydd och förmånstagarförordnande, se "bilaga".

1 Jag vill lägga till återbetalningsskydd

Generellt förmånstagarförordnande gäller. Gäller ej försäkring med påbörjad utbetalning.

på samtliga nu tecknade försäkringar som AMF administrerar.

eller

på följande försäkringar som AMF administrerar:

Försäkringsnummer

2 Jag vill ta bort återbetalningsskydd

Om du ångrar dig och senare vill ha ett återbetalningsskydd igen kan du behöva lämna en hälsodeklaration. När din utbetalning har börjat går det inte att lägga till återbetalningsskydd.

på samtliga nu tecknade försäkringar som AMF administrerar.

eller

på följande försäkringar som AMF administrerar:

Försäkringsnummer

Hälsodeklaration – när du vill lägga till återbetalningsskydd

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

Ja → Datum för familjehändelsen: (åååå) (mm) (dd)

--	--	--

Obs! Har du en AMF privat/Flexi och fyllt 55 år måste du fylla i hälsodeklarationen även om du gift dig, blivit sambo eller fått barn de senaste 12 månaderna.

Nej → **Viktigt!** Fyll i hälsodeklarationen på baksidan av blanketten.

Kontakta gärna vår kundservice om du har frågor, tel 0771-696 320, vardagar 8–18.

Den försäkrades underskrift (ifylles med blått bläck)

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 namnteckning

Ort

Datum (åååå)

(mm)

(dd)

--	--	--	--	--

583.983 181001



Den ifyllda blanketten skickar du till: AMF, c/o Depona, Box 231, 151 23 Södertälje.

+

Hälsofrågor

- 1 Har du sjukbidrag, sjuk-/rehabiliteringsersättning, sjuklön, aktivitets-/sjukersättning, förtidspension eller arbetskadivrränta? 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 senaste tre 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 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?

Den försäkrades underskrift *(ifylles med blått bläck)*

Jag samtycker till att läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdgivare, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna AMF, eller det återförsäkringsbolag AMF anlitar, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg mm som AMF, eller återförsäkringsbolaget, anser sig behöva vid skadereglering som sker efter ett dödsfall. Samtycket kan inte användas i annat syfte och gäller endast till dess att skaderegleringen är avslutad. Om samtycke inte ges kan någon ändring av försäkringen inte ske.

Den försäkrades namnteckning	Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

i AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med var tid gällande Integritetspolicy. Vår Integritetspolicy hittar du på www.amf.se



Den ifyllda blanketten skickar du till: AMF, c/o Depona, Box 231, 151 23 Södertälje.

583.983 181001

Du har försäkring hos AMF och önskar förändra ditt Återbetalningsskydd. Återbetalningsskydd innebär att pengar som du sparar till din pension, ditt pensionskapital, betalas ut till dina förmånstagare (make/maka/registrerad partner, sambo eller barn) om du avlider i förtid. Återbetalningsskydd kostar ingenting och är en trygghet för dig med familj och stor försörjningsbörda. Utan återbetalningsskydd får du ta del av extrapengar som tillkommer i form av riskkompensation.

Så här fyller du i blanketten:

- Fyll i alla uppgifter om dig själv; namn, personnummer, adress och telefonnummer.
- Välj endast ett av alternativen ① eller ②

Alternativ 1 innebär att du vill lägga till ett återbetalningsskydd. Du kan välja att antingen lägga till återbetalningsskydd på samtliga försäkringar som AMF administrerar vid tillfället för ansökan eller så kan du välja att lägga till återbetalningsskydd på enskild försäkring/ar.

Hälsofrågor

Om din familjesituation har förändrats inom ett år från ansökan om återbetalningsskydd behöver du inte fylla i hälsofrågorna.

Med förändrad familjesituation avses:

- fått barn
- gift dig
- blivit sambo

För en AMF Privat/ Flexi måste dessa frågor alltid fyllas i om du fyllt 55 år vid ansöknings-tillfället.

När du fyller i hälsofrågorna så glöm inte att skriva under även den sidan.

Alternativ 2 innebär att du vill ta bort gällande återbetalningsskydd. Du kan välja att antingen ta bort återbetalningsskydd på samtliga försäkringar som AMF administrerar vid tillfället för ansökan eller så kan du välja att ta bort återbetalningsskydd på enskild försäkring/ar.

Följande försäkringar administreras ej av AMF

- Avtalspension SAF-LO, Livsarbetspension/Arbetspension.
- ITP/ITPK, FTP/FTPK och BTPK – **Undantag:** Försäkring som är under utbetalning administreras av AMF.

Ovanstående försäkringar administreras av respektive valcentral. För aktuell valcentral kontakta din arbetsgivare eller AMF:s kundservice.

Återbetalningsskydd

För några av AMF:s försäkringsprodukter är återbetalningsskydd ej valbart. I försäkringsvillkoren finns detta angivet, försäkringsvillkoren hittar du enklast på amf.se. Det går även bra att kontakta AMF kundservice om du har frågor.

AMF Privat

För försäkringar tecknade efter 15 december 2013 är återbetalningsskydd obligatoriskt och går ej att välja bort.

Kom ihåg
att signera
blanketten med
namnteckning,
personnummer
och datum.

När du lägger till återbetalningsskydd gäller automatiskt ett generellt förmånstagarförordnande. Om du vill ändra ditt förmånstagarförordnande ska du fylla i en blankett som heter "Särskilt förmånstagarförordnande".

GENERELLT FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE

Det generella förordnandet innebär att förmånstagare i första hand är make/maka/registrerad partner. Om du inte är gift eller inte har registrerat partnerskap är förmånstagare i första hand din sambo. För definition av förmånstagare se villkoren för respektive försäkring.

I andra hand är dina arvsberättigade barn i första led förmånstagare. Har du flera barn fördelas pensionen i lika proportioner mellan dem.

SÄRSKILT FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE

De personer du kan välja mellan när du vill skriva ett särskilt förordnande är endast

- A) din nuvarande make/maka/registrerade partner eller din tidigare make/maka/registrerade partner.
- B) din nuvarande sambo eller din tidigare sambo.
- C) arvsberättigade barn i första led, styvbarn eller fosterbarn till dig eller till någon av personerna enligt a) eller b).

Skulle du ange någon annan (t ex förälder eller syskon) blir förordnandet ogiltigt i denna del.

SAMBO

Med sambo menas ogift person som stadigvarande sammanbode med ogift försäkrad vid dennes död under sådana förhållanden att sambolagen (2003:376) är lämplig.