

Ändringsansökan

Tillägg/borttag av återbetalningsskydd

Innan du fyller i blanketten, läs anvisningarna på nästa sida.

Fylls i av Folksam

Ärende ID:

**Var vänlig skriv tydligt, blanketten läses maskinellt.**

Fylls alltid i																																			
Personnr*/Samordningsnr	Försäkringsnr																																		
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	

*ÅÅÅÅMMDDNNNN (12 siffror)

Den försäkrades personuppgifter

Namn

Val av återbetalningsskydd

Jag vill att försäkringen i fortsättningen:	
<input type="checkbox"/> ska gälla utan återbetalningsskydd	<input type="checkbox"/> ska gälla med återbetalningsskydd, fyll i uppgifter nedan
Familjesituation (fylls i om du inte har återbetalningsskydd sedan tidigare, men väljer det nu) Under de senaste tolv månaderna:	
<input type="checkbox"/> har jag fått barn eller ingått äktenskap/partnerskap, ange datum:	
<input type="checkbox"/> har jag ingått samboförhållande före 60 års ålder, ange datum:	
<input type="checkbox"/> har min familjesituation inte ändrats. Fyll i Hälsodeklaration nedan.	
<input type="checkbox"/> har jag ingått samboförhållande efter 60 års ålder. Fyll i Hälsodeklaration nedan.	

Hälsodeklaration

Nedanstående uppgifter ska ligga till grund för försäkringen.
Om du svarar "Nej" på fråga 2 eller "Ja" på fråga 3 eller 4, ska du lämna kompletterande uppgifter om sjukdom/skada/handikapp som avses, anlitad läkare (namn, mottagningsadress) eller sjukvårdsinrättning (sjukhus, klinik/avdelning) och sjukperioder.
Om du använder något läkemedel, ange namnet på detta. Samtliga frågor ska besvaras.

1. Ange din längd och vikt		cm	kg
2. Är du fullt arbetsför? (Du är inte fullt arbetsför om du t.ex. uppbär sjuklön, sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitets-/sjukersättning eller mer än halv arbetsskadelivränta.)		Om Nej, ange anledning samt vilken ersättning du uppbär.	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
3. Behandling Behandlas eller kontrolleras du på grund av sjukdom, skada eller handikapp?		Om Ja, ange anledning, adress till anlitad vårdgivare samt eventuell behandling (t.ex. läkemedel).	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
4. Sjukskrivning Har du under de senaste tre åren varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd?		Om Ja, ange anledning och perioder.	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		

Underskrift av den försäkrade

Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga och att jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir helt eller delvis ogiltig.

Ort och datum	Telefon, även riktnummer
Underskrift	Namnförtydligande

Anvisningar

När används blanketten?

Blanketten används när du vill lägga till eller ta bort återbetalningsskydd för din försäkring.

Det är viktigt att du fyller i alla uppgifter. Du hittar kundnumret och försäkringsnumret på ditt värdebesked eller försäkringsbesked.

Återbetalningsskydd

Ålderspension utan återbetalningsskydd innebär att endast du själv får utbetalning från försäkringen. Vid ditt dödsfall sker ingen utbetalning till dina efterlevande.

Ålderspension med återbetalningsskydd innebär att du avstår en del av din pension till förmån för ett efterlevandeskydd. Dina efterlevande får utbetalning från försäkringen om du avlider innan den avtalade utbetalningstiden för din ålderspension har löpt ut. Storleken på återbetalningsskyddet beror på värdet av ditt pensionskapital vid dödsfallet.

Tänk på att din pension blir lägre om du väljer återbetalningsskydd.

Förmånstagare

Av det generella förmånstagarförordnandet framgår vem som är berättigad till återbetalningsskyddet, se nedan. Vill du att någon annan ska ha pengarna, måste du göra en skriftlig ändring av förordnandet. Kontakta i så fall Folksams kundtjänst eller hämta blankett på folksam.se

Förmånstagare enligt det generella förordnandet är:

- i första hand make/registrerad partner eller sambo*
- i andra hand den försäkrades arvsberättigade barn.

* För definition av sambo se gällande försäkringsvillkor på folksam.se.

Familjesituation/Hälsodeklaration

Om du vill att försäkringen ska gälla med återbetalningsskydd, ska du lämna uppgift om din familjesituation. Har du de senaste tolv månaderna fått barn, gift dig, eller blivit sambo före 60 års ålder, ska du fylla i datum för händelsen. I dessa fall behöver du inte fylla i hälsodeklarationen. Däremot ska du fylla i hälsodeklarationen om din familjesituation inte har ändrats de senaste tolv månaderna eller om du under denna period har blivit sambo efter 60 års ålder.

Uppgifterna i hälsodeklarationen används för hälsoprövning och kommer att ligga till grund för försäkringen. Därför är det viktigt att du besvarar samtliga frågor och fyller i eventuella kompletterande uppgifter om sjukdom, läkare, läkemedel, sjukperioder etc.

Bekräftelse

När vi har fått din komplett ifyllda och underskrivna blankett genomför vi ändringen snarast möjligt, eventuellt efter hälso-prövning. Vi skickar sedan en bekräftelse till dig.

Kontakta Folksam

Du når Folksams kundtjänst för kooperativa tjänstepensioner på telefon 0771-485 485 eller via e-post från folksam.se

Skydd av personuppgifter

Vi värnar om våra kunders personliga integritet och vill att du ska känna dig trygg i hur vi behandlar dina uppgifter. Läs mer om vår hantering av personuppgifter och dina rättigheter på folksam.se/personuppgifter