

# Omvalsblankett KTP I

## AFO-Handels

Om blanketten inte är korrekt ifylld kommer vi be dig att komplettera den.  
Fyll i det eller de steg du vill ändra. Om du inte gör något val behåller du det eller de val du tidigare gjort.

**1. Försäkringsbolag och sparform** - Du kan välja ett eller två försäkringsbolag. Vid val av två försäkringsbolag blir fördelningen 50/50. Valet kan göras fritt mellan de olika sparalternativen traditionell pensionsförsäkring och fondförsäkring.

**TRADITIONELL PENSIONS FÖRSÄKRING**

Folksam ömsesidig livförsäkring

**FONDFÖRSÄKRING**

Folksam LO Fondförsäkringsaktiebolag (publ)

Futur Pension Försäkringsaktiebolag (publ)

**Obs! Markera med högst två kryss**  
På pensionsvalet.se hittar du mer information och länkar till de valbara försäkringsbolagen.

**2. Återbetalningsskydd** - Om du väljer återbetalningsskydd måste du även fylla i steg 3 under Familjehändelse.

Jag vill ha återbetalningsskydd

Jag vill ta bort återbetalningsskydd

**3. Familjehändelse**

Jag har under de senaste 12 månaderna:

Gift mig     Blivit sambo     Fått barn

Om du inte har gift dig, blivit sambo eller fått barn under de senaste 12 månaderna ska du fylla i hälsodeklarationen på nästa sida.

**4. Underskrift** - Skriv under för att valet ska gälla.

Namn

Personnummer (10 siffror)

Namnteckning

Datum

Pensionsvalet sänder dig en bekräftelse på ditt val.  
Inga meddelanden kan lämnas på denna blankett.

Hälsodeklaration	
1. Är du fullt arbetsför? (Det vill säga att du inte uppbär sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Kontrolleras eller behandlas du för pågående eller tidigare sjukdom, symtom, skada, annat kroppsfel eller handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Har du under de senaste tre åren vårdats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du svarat "Nej" på fråga 1 eller "Ja" på någon av frågorna 2 eller 3, ska du lämna kompletterande uppgifter genom att besvara frågorna A-F. Kompletterande uppgifter till hälsodeklarationen (var god texta):	
A. Anledning (sjukdom, symtom, skada, handikapp, annat).	
B. När debuterade dina besvär?	
C. När behandlades/kontrollerades du senast?	
D. Vilken typ av behandling har du fått? (operation, läkemedel, annat)	
E. Sedan när är du symtomfri? Om inte, ange vilka besvär som kvarstår.	
F. Namn och adress till den/de vårdgivare du anlitat.	
Underskrift	
De uppgifter jag lämnat i hälsodeklarationen ska ligga till grund för försäkringen. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen inte gäller.	
Namn	Personnummer (10 siffror)
Namn-teckning	Datum
Pensionsvalets noteringar	

