

Försäkringen avser

Avtalsnr	Försäkringsnr
Företagsnamn	Orgnr

Försäkrad

Namn		Personnr	
Utdelningsadress		Postnr	Postort
Telefon dagtid	Mobiltelefon	E-post	

Ändring - Ålderspension

<input type="checkbox"/> Utbetalningstid	Antal år		
<input type="checkbox"/> Ålderspensionen ska gälla utan återbetalningsskydd			
<input type="checkbox"/> Ålderspensionen ska gälla med återbetalningsskydd - OBS! Innebär att frågorna A och B nedan måste besvaras			
A) Är du fullt arbetsför? ¹	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej ³	
B) Har din familjesituation förändrats de senaste 12 månaderna? ²	<input type="checkbox"/> Ja	Datum	<input type="checkbox"/> Nej ³

1 Du är fullt arbetsför om du utan inskränkning kan fullgöra ditt vanliga arbete på arbetsplatsen eller i hemmet.

Du är inte fullt arbetsför om du har hel eller delvis sjuklön, sjukpenning, aktivitets- eller sjukersättning (även vilande eller tidsbegränsad), skadeliivranta, rehabiliteringsersättning, handikappersättning eller liknande ersättning eller om du av hälsoskäl har ett anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller en lönebidragsanställning.

2 Inlett samboförhållande, ingått äktenskap eller partnerskap, fått barn.

3 Bifoga hälsodeklaration.

Försäkringsmoment

<input type="checkbox"/> Försäkringen ska gälla med efterlevandepension (ålderspensionen måste gälla med återbetalningsskydd)	Totalt belopp (kr) ⁴
<input type="checkbox"/> Vid utbetalning utfaller det högsta av valt belopp och fondvärde (MAX) ⁵	
<input type="checkbox"/> Vid utbetalning utfaller både valt belopp och fondvärde (SUM)	
<input type="checkbox"/> Försäkringen ska gälla utan efterlevandepension	

4 Beloppet placeras i fondförsäkring. Utbetalningstid är densamma som vald utbetalningstid för ålderspensionen.

5 Default om inget val görs.

Förmånstagarförordnande (för återbetalningsskydd och efterlevandepension)

<input type="checkbox"/> (F01) ⁶ 1. Make/Sambo 2. Barn	<input type="checkbox"/> (F02) 1. Barn 2. Make/Sambo	<input type="checkbox"/> (F03) 1. Make/sambo och barn
(F04) Annan fördelning (tillåtna förmånstagare är make/sambo och barn)		
<input type="checkbox"/> Ej förfoganderätt (förmånstagaren ska inte få förfoganderätt över försäkringen)		
<input type="checkbox"/> Belopp, försäkring och avkastning ska bli förmånstagarens enskilda egendom med rätt att förordna annorlunda ⁶		
<input type="checkbox"/> Belopp, försäkring och avkastning ska bli förmånstagarens enskilda egendom utan rätt att förordna annorlunda		
<input type="checkbox"/> Belopp, försäkring och avkastning ska inte bli förmånstagarens enskilda egendom		

6 Default om inget val görs.

Försäkrad

Namn	Personnr	Försäkringsnr
------	----------	---------------

Underskrift av försäkrad

Intygande om full arbetsföret		
Jag intygar: <ul style="list-style-type: none">• att jag kan fullgöra mitt vanliga arbete utan inskränkningar,• att jag inte uppbär sjuklön från arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, sjuk-/aktivitetsersättning, även vilande eller tidsbegränsad, handikappersättning eller annan liknande ersättning),• att jag inte har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning,• att jag inte har varit sjukskriven mer än 30 dagar i en följd under de senaste 360 dagarna. Observera att oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir helt eller delvis ogiltig. Om ansökan avser tillägg med efterlevandepension till din tjänstepension och du inte är fullt arbetsför ska en hälsodeklaration bifogas.		
Ovan nämnda personuppgifter kommer att behandlas i Danica Pensions försäkringsregister. Ändamålet framgår av försäkringsvillkoren. Jag har tagit del av erforderlig förhandsinformation. Jag medger att den bank eller förmedlare/rådgivare varigenom jag tecknat denna försäkring i dess egenskap av ombud för Danica Pension får ta del av mitt försäkringsinnehav.		
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Underskrift av förmedlare/rådgivare

Jag förbinder mig att vid alla tidpunkter följa lagstiftningen om penningtvätt samt gällande föreskrifter från myndigheter.		
Ombudskod	Telefon	E-post
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande