

## Försäkringen avser

Avtalsnr	Försäkringsnr
Företagsnamn	Orgnr

## Försäkrad

Namn		Personnr	Medborgarskap (om annat än svenskt)
Adress	Postnr	Postort	Land (om annat än Sverige)
Telefon	E-post		

## Ändring – Ålderspension

Utbetalningstid	Antal år		
Ålderspensionen ska gälla <i>utan</i> återbetalningsskydd			
Ålderspensionen ska gälla <i>med</i> återbetalningsskydd – <b>OBS! Innebär att frågorna A och B nedan måste besvaras</b>			
A: Är du fullt arbetsför? <sup>1</sup>			Nej <sup>3</sup>
B: Har din familjesituation förändrats de senaste 12 månaderna? <sup>2</sup>	Ja	Datum	Nej <sup>3</sup>

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), skadelivränta, 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.

## Förmånstagarförordnande

I första hand: maka/make/sambo. I andra hand: barn.	F01*	I första hand: barn. I andra hand: maka/make/sambo.	F02	Maka/make/sambo och barn.	F03
Annat förordnande (tillåtna förmånstagare är maka/make/sambo och barn)					F04
Ej förfoganderätt (förmånstagaren ska inte få förfoganderätt över försäkringen)					
Enskild egendom					
Belopp, försäkring och avkastning <i>ska bli</i> förmånstagarens enskilda egendom					
Belopp, försäkring och avkastning <i>ska bli</i> förmånstagarens enskilda egendom <i>men med rätt att förordna annorlunda</i>					
Belopp, försäkring och avkastning <i>ska inte bli</i> förmånstagarens enskilda egendom – <i>Default om inget val görs</i>					

\* Default om inget val görs.

## Underskrift av försäkrad

**Intygande om full arbetsföret vid riskförsäkring – jag intygar:**

- 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 du inte är fullt arbetsför och tjänstepensionen ska omfattas av premiebefrielseförsäkring, sjukförsäkring och/eller efterlevandepension måste du fylla i en hälsodeklaration.**

**Jag är inte fullt arbetsför enligt definition ovan och lämnar därmed hälsodeklaration.**  
Hälsodeklaration lämnar du enkelt via [www.futurpension.se/e-halsodeklaration](http://www.futurpension.se/e-halsodeklaration).

**Personuppgifter:** Ovan nämnda personuppgifter kommer att behandlas i Futur Pensions försäkringsregister. Ändamålet framgår av Futur Pensions Allmänna Försäkringsvillkor.

**Villkor:** Jag har tagit del av samt accepterar Futur Pensions Förköpsinformation, Faktablad, Produktvillkor och Allmänna Försäkringsvillkor, och vid depåförsäkring – aktuellt depåinstituts regelverk. Jag är införstådd med att jag själv står den finansiella risken för värdeförändringen i de värdepapper jag har i min försäkring.

Ort	Datum	Namnsteckning	Namnförtydligande
-----	-------	---------------	-------------------

## Rådgivare/förmedlare

Kod	Telefon	E-post
Datum	Namnsteckning	Namnförtydligande