

Ansökan om

# Återbetalningsskydd



Gäller tjänstepensionsavtalen AKAP-KR/KAP-KL, PA 16, individuell tjänstepension samt AMF Privat och AMF Flexi hos AMF. Det gäller även övriga försäkringar som AMF administrerar val av återbetalningsskydd för, se baksidan.

Denna blankett läses maskinellt. Endast information i rutorna registreras.

## Personuppgifter

För- och efternamn

Personnummer

--	--

Telefonnummer

Mobilnummer

E-postadress

--	--	--

Endast du som är utlandsbosatt behöver fylla i dina adressuppgifter.

Adress

Postnummer

Postort

Land

--	--	--	--

**i** AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på [www.amf.se](http://www.amf.se)

## Jag vill lägga till återbetalningsskydd

På följande försäkring/-ar. Fyll i försäkringsnummer\* (11 siffror):


Läs informationen på baksidan innan du fyller i blanketten. En felaktigt eller ofullständigt ifyllt blankett kan bli ogiltig.

\*Försäkringsnummer hittar du på ditt försäkringsbesked och på [amf.se/minasidor](http://amf.se/minasidor).

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

Du som försäkrad har möjlighet att lägga till återbetalningsskydd utan hälsoprövning inom 12 månader efter en familjehändelse, det vill säga om du gift dig, blivit sambo eller fått barn.

Ja, jag har under de senaste 12 månaderna:

Gift mig

Blivit sambo

Fått barn

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

--	--	--

Nej, jag har inte gift mig, blivit sambo eller fått barn under de senaste 12 månaderna

**VIKTIGT!** Då behöver du även fylla i och skicka tillbaka bifogade blanketter "Hälsodeklaration" och "Fullmakt för inhämtning av hälsouppgifter vid försäkringsfall".



## Underskrift

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.

Namn-teckning

Ort

Datum (åååå)

(mm)

(dd)

--	--	--	--	--



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

# Information

## Ansökan om återbetalningsskydd

Du anmäler till AMF om du vill lägga till återbetalningsskydd på AKAP-KR/KAP-KL, PA 16, individuell tjänstepension (AMF Alternativ ITP, AMF Pro Alternativ ITP, AMF Avgångspension, AMF Tjänstepension, AMF Pro Tjänstepension och AMF Tjänstepension Engångsbetald) och på AMF Privat och AMF Flexi hos AMF. Det gäller även övriga försäkringar som AMF administrerar val av återbetalningsskydd för, det vill säga BTPK, ITPK-S, ITPK-Tele, ITPK-P, PPAK, Frivillig BTPK, Frivillig FTPK, Frivillig ITPK och Frivillig Livsarbetstidspension.

Kontakta din valcentral om du vill lägga till återbetalningsskydd för:

- Avtalspension SAF-L0: kontakta Fora
- Tjänstepension FTP eller BTP: kontakta Valcentralen
- Tjänstepension ITP: kontakta Avtalat

Du behöver ansöka om återbetalningsskydd innan utbetalningen av din pension har börjat. Du kan när som helst ta bort ett återbetalningsskydd.

## Vad är återbetalningsskydd?

Återbetalningsskydd innebär att dina förmånstagare får ta del av ditt pensionskapital när du dör.

- Med återbetalningsskydd får dina förmånstagare en efterlevandepension när du dör, men din ålderspension blir lägre.
- Utan återbetalningsskydd blir din ålderspension högre, men ingen efterlevandepension betalas ut när du dör.

På [amf.se/minasidor](http://amf.se/minasidor) ser du en prognos på hur pensionsbeloppet påverkas om du lägger till ett återbetalningsskydd.

## Vem kan få efterlevandepension?

Om du inte har meddelat något annat gäller ett generellt förmånstagarförordnande. Enligt det är följande personer förmånstagare:

- I första hand den försäkrades make, registrerad partner eller sambo.
- I andra hand den försäkrades barn. Har du flera barn fördelas pensionen till lika delar mellan dem.

## Du kan ändra förmånstagare

Om du vill kan du ändra förmånstagare. Då anmäler du det till AMF genom att fylla i en blankett, ett så kallat särskilt förmånstagarförordnande. Du kan till exempel ändra ordningen eller fördelningen av vilka som ska få efterlevandepension.

De här personerna kan vara förmånstagare:

- a) den försäkrades make/registrerad partner eller tidigare make/registrerad partner
- b) den försäkrades sambo eller tidigare sambo
- c) den försäkrades barn/styvbarn/fosterbarn eller barn till någon person enligt a) eller b).

I försäkringsvillkoren finns tolkningsregler för betydelsen av "make", "registrerad partner", "sambo" respektive "barn". Försäkringsvillkoren hittar du på [amf.se/minasidor](http://amf.se/minasidor).

## Så betalas efterlevandepensionen ut

- Om du dör innan du har gått i pension betalas efterlevandepension ut varje månad i fem år\* beroende på vilken försäkring du har, men det går att välja en annan utbetalningstid.
- Om du dör efter att du har gått i pension fortsätter utbetalningarna som efterlevandepension, dock som längst i 20 år.

\*Det kan finnas försäkringar där efterlevandepensionen betalas ut längre än fem år. I ditt försäkringsbesked ser du vad som gäller för din försäkring. Du kan också kontakta oss, så hjälper vi dig.

## Om du vill veta mer

På [amf.se/minasidor](http://amf.se/minasidor) hittar du mer information om återbetalningsskydd. Du är varmt välkommen att kontakta oss på 0771-696 320 om du har frågor.

## Så här fyller du i blanketten:

### Personuppgifter

Fyll i dina personuppgifter. Om du är bosatt utanför Sverige är det viktigt att du även fyller i din adress.

### Försäkringsnummer

Försäkringsnummer hittar du på ditt försäkringsbesked eller genom att logga in på [amf.se/minasidor](http://amf.se/minasidor).

Du kan välja att lägga till återbetalningsskydd för samtliga eller enstaka försäkringar vid tillfället för din ansökan.

### När behöver du fylla i en hälsodeklaration?

Du som försäkrad har möjlighet att lägga till återbetalningsskydd utan hälsoprövning inom 12 månader efter att du gift dig, blivit sambo eller fått barn. Då behöver du inte fylla i någon hälsodeklaration.

I övriga fall behöver du komplettera din ansökan med en hälsodeklaration samt lämna en fullmakt om att AMF får inhämta dina hälsouppgifter. Då gäller:

- a) Om hälsoprövningen blir godkänd gäller återbetalningsskyddet både intjänat pensionskapital och framtida premier.
- b) Om hälsoprövningen inte blir godkänd kan du välja att återbetalningsskyddet gäller för framtida premier.

När vi får in hälsodeklarationen från dig behöver vi ibland ytterligare uppgifter om din hälsa. I så fall återkommer vi till dig och ber dig fylla i en fullmakt som ger oss tillåtelse att hämta in dessa uppgifter.

### Underskrift

Skriv under den ifyllda blanketten och skicka den tillsammans med eventuell hälsodeklaration och fullmakt till: AMF, c/o Depona, Box 231, 151 23 Södertälje

### Du får en bekräftelse från oss

När vi har registrerat ditt tillägg av återbetalningsskydd får du ett bekräftelsebrev från oss. På [amf.se/minasidor](http://amf.se/minasidor) får du även ett uppdaterat försäkringsbesked. Om du skulle få avslag får du istället ett brev från oss med en förklaring.

# Hälsodeklaration

Du som försäkrad behöver komplettera din ansökan om återbetalnings- skydd om du inte gift dig, blivit sambo eller fått barn inom 12 månader. Samtliga frågor ska besvaras personligen av dig som försäkrad.

**Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringsavtalet helt eller delvis blir ogiltigt.**

**I hälsofrågorna behöver du inte ta upp att du sökt vård för följande besvär:** Vanlig förkylning, bihåleinflammation, allergier, eksem; Okomplicerade infektioner som du tillfrisknat ifrån; Belastningsrelaterade led- och muskelbesvär, rygg- eller nackbesvär; Frakturer i ben, arm, fot eller andra led- och benfrakturer orsakade av skada/ olycksfall; Förslitningsskador i knä, höft, axlar eller andra leder; Graviditet, förlossning, tinnitus, hörsel- eller synnedsättning.

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>1</b> Har du sjuk-/rehabiliteringsersättning, sjuklön, aktivitets-/sjukersättning, förtidspension eller arbetsskadelivränta? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <b>4</b> Har du under de senaste tre åren vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <b>2</b> Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom, skada eller funktionsnedsättning?                                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <b>5</b> Har du under de senaste 3 åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 1 månad?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <b>3</b> Använder du någon receptbelagd medicin?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <b>6</b> Fyll i din längd och vikt.  | <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg          |

**Om du svarat "Ja" på någon av frågorna ovan, lämna kompletterande upplysningar nedan.**

Uppge sjukdomar, skador, funktionsnedsättning, undersökningar och behandlingar, samt sjukskrivningar mer än en månad i följd. Se ovan vilka besvär du inte behöver ta upp. Bifoga gärna en bilaga om du behöver mer utrymme.

Ange vilken sjukdom, skada eller funktionsnedsättning det gäller samt 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 resultat av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?

Sedan när är du symptomfri eller vilka kvarstående besvär har du?

## Den försäkrades underskrift

De uppgifter som lämnats i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att lämnade uppgifter är korrekta och fullständiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir helt eller delvis ogiltig och att utbetalning från försäkringen uteblir. Jag medger att de uppgifter jag lämnat om mitt hälsotillstånd får delges och behandlas av den samarbetspartner (Sweden Re filial till SCOR SE och Depona) som AMF anlitar.

**Vi behöver din underskrift här!**

Namnteckning	Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Namnförtydligande	Personnummer			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**i** AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på [www.amf.se](http://www.amf.se)



# Inhämtning av hälsouppgifter vid försäkringsfall

Du som försäkrad behöver skriva under och skicka tillbaka den här fullmakten i samband med att du ansöker om återbetalningsskydd om du inte gift dig, blivit sambo eller fått barn inom 12 månader.

AMF kan ha behov av att inhämta hälsouppgifter från läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning för att reglera inträffade försäkringsfall. De uppgifter som inhämtas är vanligen sjukjournaler, läkarintyg och andra handlingar som innehåller hälsouppgifter.

Du är enligt försäkringsavtalslag och försäkringsvillkor skyldig att lämna de uppgifter som behövs för att reglera försäkringsfallet. De uppgifter som inhämtas behövs för att bedöma om utbetalning av efterlevandepension ska ske från försäkringen.

Lämnar du inte samtycke eller återkallar ditt samtycke innan försäkringsfallet reglerats, kan utbetalning av efterlevandepension från försäkringen utebli.

## Hur länge gäller ditt samtycke?

Ditt samtycke gäller till dess det återkallats eller försäkringsfallet reglerats.

## Fullmakt

Jag samtycker till att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning lämnar de upplysningar, intyg, sjukjournaler m.m. som AMF eller den AMF anlitar begär.

Samtycket är begränsat till inhämtande av de uppgifter som behövs för den skadereglering som sker efter ett dödsfall. Samtycket gäller till dess det återkallas eller skaderegleringen är avslutad.

## Den försäkrades underskrift

Namnteckning	Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Namnförtydligande	Personnummer			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			