

Swedbank Försäkring
FE 902, 107 77 Stockholm

Personnummer (12 siffror)

Organisationsnummer	16													
---------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nyteckning Nyteckning med flyttkapital (bifoga flyttupdrag SF 209)

Förhandsbesked Alternativ ITP

Löneväxling

Försäkringsnr i avgivande bolag

Uppgifter om förmedlaren

Ombud nr	P id	P id säljstöd	E-post	Telefon (även riktnr)
----------	------	---------------	--------	-----------------------

Försäkringshandlingarna sänds via

Banken (ange adress)

Registrera Företagsuppgifter

Arbetsgivare/Betalares namn		Bolagsform	
Utdelningsadress, postnummer och ort			Telefon (även riktnr)
Bokslutsdag	Lönerapportmånad	Premiebetalning alltid månadsvis	

ALLMÄNT FÖR PENSIONSPLAN

Premiebetalning (Alltid månadsvis)	<input type="checkbox"/> Autogirodragning från företagets konto. Clearing nr _____ Konto _____ Dragning sker tidigast nästa månad
	<input type="checkbox"/> Faktura (skickas runt den 12:e)
Avdragsregel för pensionspremier	<input type="checkbox"/> 35 %-regeln (max 10 pbb) <input type="checkbox"/> Kompletteringsregeln (OBS! Använd blankett SF 236)

Ikraftträdande	Försäkringen ska börja gälla	" Om "Omgående" eller innevarande månad angivits, gäller alltid sökt riskskydd fr o m dagen efter den då fullständig ansökan skickats till försäkringsbolaget under förutsättning att bolaget kan bevilja skyddet i sin helhet med normal premie utan förbehåll. Har framåtdatering gjorts, börjar riskskyddet under samma förutsättning att gälla fr o m den 1:a i den angivna månaden. Kan sökt riskförmån inte beviljas utan inskränkning eller premieförhöjning, börjar skyddet att gälla då försäkringstagaren accepterar de erbjudna villkoren. Vid förhandsbesked träder försäkringen i kraft tidigast när försäkringsbolagets riskbedömning accepterats."
	<input type="checkbox"/> Omgående	
<input type="checkbox"/> Datum	år mån dag	
		01

ALLMÄNNA FÖRUTSÄTTNINGAR SWEDBANK PENSIONSPLAN

Med Företagare i förmånsgruppen avses

- i företag som ej är juridisk person, i handelsbolag eller i kommanditbolag samtliga ägare
- i aktiebolag, den som ensam eller tillsammans med make, förälder eller barn äger minst en tredjedel av aktierna i bolaget, samt
- i bolaget verksam make, sambo, förälder eller barn till företagare.

Med anställd avses

- Övriga anställda som inte är att anse som företagare. Personen ska ha en tillsvidareanställning med en anställningstid om minst 8 timmar per arbetsvecka.

Konsoliderad sjukförsäkring

Rörelseidkare eller anställda i eget aktiebolag som ensam eller tillsammans med make/sambo äger minst 20 % av aktierna i bolaget har möjlighet att teckna konsolideringssjuk.

Förklaringar

Pu = Premietrymme dvs avsättning till pension inkl premiebefrielse, sjukförsäkring och eventuellt garanterat efterlevandeskydd.



Förmånsgruppsuppgifter

Om extra förmånsgrupper önskas, skriv ut ytterligare en sida av förmånsbeskrivningen och namnge förmånsgruppen "Företagare 2" / "Anställd 2"

Arbetsgivare/Betalarens namn	Orgnr / Persnr (om enskild firma)
------------------------------	-----------------------------------

Namn på förmånsgrupp	<input type="checkbox"/> Företagare	<input type="checkbox"/> Anställd
Skatteklass	<input type="checkbox"/> P Pensionsförsäkringar ägs av den försäkrade <input type="checkbox"/> T Arbetsgivaren är om inget anges ägare till tjänstepensionsförsäkring. Anställd i enskild firma är dock själv ägare till tjänstepensionsförsäkringen. <input type="checkbox"/> T Den försäkrade ska vara ägare till tjänstepensionsförsäkringen	<input type="checkbox"/> T Arbetsgivaren är om inget anges ägare till tjänstepensionsförsäkring. Anställd i enskild firma är dock själv ägare till tjänstepensionsförsäkringen. <input type="checkbox"/> T Den försäkrade ska vara ägare till tjänstepensionsförsäkringen
Premier (betalning görs till pensions-åldern)	0 - 7,5 IBB _____ % och 7,5 - IBB _____ % <input type="checkbox"/> fast belopp (Belopp anges på sidan 3) <input type="checkbox"/> frilagd premie (Belopp anges på sidan 3) <input type="checkbox"/> premietrappa (Anges på sidan 3)	0 - 7,5 IBB _____ % och 7,5 - IBB _____ % <input type="checkbox"/> fast belopp (Belopp anges på sidan 3) <input type="checkbox"/> frilagd premie (Belopp anges på sidan 3) <input type="checkbox"/> premietrappa (Anges på sidan 3)
Pensions-ålder	65 år om inget annat anges nedan _____ år (lägst 55 år)	65 år om inget annat anges nedan _____ år (lägst 55 år)
Utbetalnings-tid	10 år om inte annat anges nedan Temporärt under _____ år (5-20 år)	10 år om inte annat anges nedan Temporärt under _____ år (5-20 år)

Försäkringar/Förmåner Swedbank Försäkring

Ålderspension	Obligatorisk	Obligatorisk
Premiebefrielse	<input type="checkbox"/> Ingår <input type="checkbox"/> Utom pu <input type="checkbox"/> Inom pu (Utom PU om inget annat anges)	<input type="checkbox"/> Ingår <input type="checkbox"/> Utom pu <input type="checkbox"/> Inom pu (Utom PU om inget annat anges)
Sjukförsäkring	<input type="checkbox"/> Ingår <input type="checkbox"/> Utom pu <input type="checkbox"/> Inom pu (Utom PU om inget annat anges) <input type="checkbox"/> Max inkl kons. (108 %) <input type="checkbox"/> Max (90 %) <input type="checkbox"/> ITP <input type="checkbox"/> Fast belopp _____ 90 dagar _____ R-karens <input type="checkbox"/> Max inkl kons Inkl AGS <input type="checkbox"/> Max inkl ITP	<input type="checkbox"/> Ingår <input type="checkbox"/> Utom pu <input type="checkbox"/> Inom pu (Utom PU om inget annat anges) <input type="checkbox"/> Max (90 %) <input type="checkbox"/> ITP <input type="checkbox"/> Fast belopp _____ 90 dagar _____ R-karens <input type="checkbox"/> Max inkl ITP
TGL (utom pu)	<input type="checkbox"/> Ingår	<input type="checkbox"/> Ingår
Privat Livförsäkring (utom pu)	<input type="checkbox"/> Ingår _____ Belopp	<input type="checkbox"/> Ingår _____ Belopp

Försäkringar Tre kronor Försäkring AB (olycksfall). Förenade Liv Grupp-försäkrings AB (sjukvård)

Olycksfall (utom pu)	<input type="checkbox"/> Ingår <input type="checkbox"/> 30 pbb <input type="checkbox"/> 40 pbb <input type="checkbox"/> 50 pbb	<input type="checkbox"/> Ingår <input type="checkbox"/> 30 pbb <input type="checkbox"/> 40 pbb <input type="checkbox"/>
Sjukvård (utom pu)	<input type="checkbox"/> Ingår	<input type="checkbox"/> Ingår

Arbetsgivare/Betalarens namn	Orgnr / Persnr (om enskild firma)
------------------------------	-----------------------------------

Registrera anslutna personer

	Namn	Personnummer	Namn på förmånsgrupp	Pensions-medförande årslön/inkomst	Fast sparpremie/ Frlagd premie kr/månad	Fullt arbetsför (Besvaras enbart om riskförsäkringar söks)	Hälsa bifogas
1						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
7						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
8						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
9						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
10						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
11						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
12						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
13						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
14						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
15						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>

Övriga upplysningar

--

Premietrappa (I det fall premietrappa har angetts vid premier på sidan 2)

Förmåns-grupp	Ålder		Löneintervall i basbelopp <input type="checkbox"/> Inkomstbasbelopp <input type="checkbox"/> Prisbasbelopp		
	Fr.o.m.	t.o.m.	0 - 7,5 basbelopp	7,5 - 20 basbelopp	20 - 30 basbelopp

Arbetsgivare/Betalarens namn

Orgnr / Persnr (om enskild firma)

Undertecknat företag ansöker om anslutning till Swedbank Pensionsplan enligt vad som framgår av denna ansökan och därtill hörande bilagor.

Inbetalda premier till ålderspension placeras i aktuell Swedbank Robur Transferfond intill dess den försäkrade skriftligen meddelar annat. Pensionsförsäkringen gäller med återbetalningsskydd som kan kompletteras med garanterat efterlevandeskydd genom individuellt val.

För riskförsäkringar krävs en godkänd hälsodeklaration. I vissa fall räcker det med ett intyg om att den anställde är fullt arbetsför och i andra fall krävs det en fullständig hälsoprövning. Om någon av angivna personer är företagare eller inte är fullt arbetsför måste hälsodeklaration alltid lämnas.

Om markering gjorts i rutan "Förhandsbesked" på sidan 1 blir ansökan definitiv först då försäkringstagaren fått del av och godtagit det erbjudande om försäkring försäkringsbolaget lämnar på grundval av uppgifterna ovan. Försäkringsskyddet inträder tidigast från och med dagen efter denna tidpunkt.

Jag/Vi medger eller bekräftar att

Samtliga anställda där ansökan omfattar riskförsäkringar är medborgare i land inom Norden eller har varit bosatt i Sverige i minst två år och har en sjukpenninggrundande inkomst enligt socialförsäkringsbalken.

- den bank varigenom försäkringen tecknats får ta del av uppgifter rörande ovanstående försäkringar (med undantag för hälsouppgifter).
- Swedbank Försäkring AB får göra uttag från angivet konto för betalning av premierna för försäkring enligt reglerna på sidan 5.
- jag/vi mottagit följande skriftliga information: Förköpsinformation och blanketten "Information om försäkringsförmedlaren enligt lagen om försäkringsförmedling".
- för det fall Sjukvårdsförsäkring tecknats, har genom denna anslutning till Swedbanks Pensionsplan, gruppavtal slutits mellan Förenade Liv Grupp-försäkring AB och företaget med innehåll som framgår av försäkringsvillkoren.
- för det fall TGL tecknats, har genom denna anslutning till Swedbanks Pensionsplan, gruppavtal slutits mellan Swedbank Försäkring AB och företaget med innehåll som framgår av försäkringsvillkoren.
- anställda som omfattas av olycksfallsförsäkring och/eller sjukvårdsförsäkring, informerats om att premie helt eller delvis förmånsbeskattas hos den anställde.

INTYG OM FULL ARBETSFÖRHET

Jag/Vi intygar att

- Samtliga anställda som i förteckningen på sidan 3 uppgetts vara fullt arbetsföra kan utföra sitt vanliga arbete utan inskränkningar på arbetsplatsen.
- Ingen anställd som i förteckningen på sidan 3 uppgetts vara fullt arbetsför uppbär sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, aktivitets-/sjukersättning eller annan ersättning) eller har vilande aktivitets-/sjukersättning.
- Ingen anställd som i förteckningen på sidan 3 uppgetts vara fullt arbetsför har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning.
- Ingen anställd som i förteckningen på sidan 3 uppgetts vara fullt arbetsför har varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd under de senaste 360 dagarna.

Jag/Vi är införstådd/a med att oriktig uppgift kan medföra att försäkringsskydd vid skada kan komma att utebli. Om du/ni anger uppgifter som inte är sanna eller fullständiga riskerar ni att betala premier för något ni inte kan använda fullt ut.

Jag intygar att lämnade uppgifter är korrekta

Datum	Försäkringstagarens underskrift (behörig företrädare för företaget)
Namnförtydligande	

Legitimation enligt lagen om åtgärder mot penningtvätt.

Markera typ av ID-handling och fyll i såväl personnummer som ID-handlingens nummer

Bankens noteringar	<input type="checkbox"/> SIS-märkt ID-kort	<input type="checkbox"/> Körkort	<input type="checkbox"/> Svenskt EU-pass	<input type="checkbox"/> Nationellt ID-kort	Sign
	<input type="checkbox"/> Annan ID-handling	Ange typ	Personnummer	ID-handlingens nummer	

Swedbank Försäkrings noteringar	
--	--

Information om Autogiro, behandling av personuppgifter

Samtycke

Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren, betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten. Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren eller betalningsmottagarens betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rättelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör. Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med betalningsmottagaren. Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

Autogiro

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av betalningsmottagaren. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro, ska betalaren lämna sitt medgivande till betalningsmottagaren om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (t ex bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och betalningsmottagaren ska godkänna betalaren som användare av Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt de regler som gäller hos betalarens betaltjänstleverantör. Meddelande om uttag får betalaren från sin betaltjänstleverantör. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

Definition av bankdag

Med bankdag avses alla dagar utom lördag, söndag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton eller annan allmän helgdag.

Information om betalning

Betalaren kommer av betalningsmottagaren att meddelas belopp, förfallodag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfallodagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfalldag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfalldagar. Om meddelandet avser flera framtida förfalldagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfalldagen. Detta gäller dock inte fall då betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst. I sådant fall får betalaren meddelande av betalningsmottagaren om belopp, förfalldag och betalningssätt i samband med köpet och/eller beställningen. Genom undertecknandet av detta medgivande lämnar betalaren sitt samtycke till att betalningar som omfattas av betalningsmottagarens meddelande enligt denna punkt genomförs.

Täckning måste finnas på kontot

Betalaren ska se till att täckning finns på kontot senast kl 00.01 på förfalldagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfalldagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfalldagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från betalningsmottagaren om antalet uttagsförsök.

Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen betalningsmottagaren senast två bankdagar före förfalldagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfalldagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

Om betalaren stoppar en betalning enligt ovan innebär det att den aktuella betalningen stoppas vid ett enskilt tillfälle. Om betalaren vill att samtliga framtida betalningar som initieras av betalningsmottagaren ska stoppas måste betalaren återkalla medgivandet.

Medgivandets giltighetstid, återkallelse

Medgivandet gäller tills vidare. Betalaren har rätt att när som helst återkalla medgivandet genom att kontakta betalningsmottagaren eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska för att stoppa ännu inte genomförda betalningar vara betalningsmottagaren tillhanda senast fem bankdagar före förfalldagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfalldagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

Rätten för betalningsmottagaren och betalarens betaltjänstleverantör att avsluta anslutningen till Autogiro Betalningsmottagaren har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro trettio dagar efter det att betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Betalningsmottagaren har dock rätt att omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfalldagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas eller om betalningsmottagaren bedömer att betalaren av annan anledning inte bör delta i Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro i enlighet med de villkor som gäller mellan betalarens betaltjänstleverantör och betalaren.

Information och behandling av personuppgifter

Swedbank Försäkring och Tre Kronor/Förenade Livs försäkringar förmedlas av Swedbank och Sparbanker. Personuppgifter som lämnas i denna ansökan kommer att behandlas i datasystem i den utsträckning som behövs för att tillhandahålla tjänster och administrera kundengagemang i Swedbankkoncernen, hos Sparbanker samt hos Tre Kronor/Förenade Liv.

Även personuppgifter som inhämtas från annan än den kund som behandlingen avser kan komma att behandlas. Det kan också förekomma att personuppgifter behandlas i datasystem hos företag och organisationer som samarbetar med bolag i Swedbankkoncernen/Sparbanker samt Tre Kronor/Förenade Liv. Hälsouppgifter behandlas hos Swedbank Försäkring och Tre Kronor/Förenade Liv och utgör underlag för riskbedömning av försäkringsärenden.

Personuppgifter kan komma att användas för marknadsföringsändamål hos bolag i Swedbankkoncernen och hos sparbanker. Informationen om behandling av personuppgifter lämnas av Swedbank eller den Sparbanks kontor vilket också tar emot begäran av rättelse av personuppgift. Information om personuppgift hos Tre Kronor/Förenade Liv lämnas av Tre Kronor/Förenade Liv.

INFORMATION om försäkringsförmedlaren enligt lagen om försäkringsförmedling

Försäkringsförmedlare	Bankens namn	Organisationsnr																		
	Besöksadress	Telefon (även riktnr)																		
	Postadress, postnummer och ort	Telefax (även riktnr)																		
	E-post																			
	Handläggarens för- och efternamn																			
Registrering	<p>Banken är hos Bolagsverket registrerad som anknuten försäkringsförmedlare till Swedbank Försäkring AB, BNP Paribas Cardif Nordic AB, Tre Kronor Försäkring AB och Förenade Liv Grupp-försäkring AB. Registreringen avser följande försäkringsklasser.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Livförsäkring</td> <td style="vertical-align: top;">Skadeförsäkring</td> <td></td> </tr> <tr> <td>I a Livförsäkring</td> <td>1 Olycksfall</td> <td>10 Motorfordon</td> </tr> <tr> <td>I b Tilläggsförsäkring för livförsäkring</td> <td>2 Sjukdom</td> <td>13 Allmän ansvarighet</td> </tr> <tr> <td>III Fondförsäkring</td> <td>3 Landfordon</td> <td>16 Annan förmögenhetsskada</td> </tr> <tr> <td>IV Speciell olycksfalls- och sjukförsäkring</td> <td>8 Brand och naturkrafter</td> <td>17 Rättsskydd</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9 Annan sakskada</td> <td></td> </tr> </table> <p>Registreringen kan kontrolleras hos Bolagsverket, 851 81 Sundsvall, telefon 060 - 18 40 00, www.bolagsverket.se, e-post: bolagsverket@bolagsverket.se. Hos Swedbank Försäkring AB, telefon 08 - 585 900 00, kan du få upplysningar om den person på banken som förmedlat försäkringen till dig har rätt att förmedla försäkringar och inom vilka försäkringsklasser.</p>		Livförsäkring	Skadeförsäkring		I a Livförsäkring	1 Olycksfall	10 Motorfordon	I b Tilläggsförsäkring för livförsäkring	2 Sjukdom	13 Allmän ansvarighet	III Fondförsäkring	3 Landfordon	16 Annan förmögenhetsskada	IV Speciell olycksfalls- och sjukförsäkring	8 Brand och naturkrafter	17 Rättsskydd		9 Annan sakskada	
Livförsäkring	Skadeförsäkring																			
I a Livförsäkring	1 Olycksfall	10 Motorfordon																		
I b Tilläggsförsäkring för livförsäkring	2 Sjukdom	13 Allmän ansvarighet																		
III Fondförsäkring	3 Landfordon	16 Annan förmögenhetsskada																		
IV Speciell olycksfalls- och sjukförsäkring	8 Brand och naturkrafter	17 Rättsskydd																		
	9 Annan sakskada																			
Tillsynsmyndighet	Försäkringsförmedlaren står under tillsyn av Finansinspektionen, Box 7821, 103 97 Stockholm, telefon 08 - 787 80 00. www.fi.se E-post: finansinspektionen@fi.se .																			
Priset för förmedlingen	<p>Banken får ersättning från försäkringsbolaget för förmedling av försäkringen. Du som kund betalar dock endast de avgifter som framgår av villkorens avgiftsbilaga. Ersättningen till banken, redovisad nedan, innebär således ingen ytterligare kostnad för dig.</p> <p>Pensionsförsäkring och Direktpension med fondförvaltning utom avtalspension.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Löpande ersättning med 3,5 procent av varje inbetald premie och 0,35 procent per år av förvaltad kapital. <p>Pensionsförsäkring med depåförvaltning</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 procent av den ersättning försäkringsbolaget får från fondförvaltare • 40 procent av den rörliga försäkringsavgiften (framgår av villkorens avgiftsbilaga). <p>Kapitalförsäkringar med fondförvaltning utom Direktpension</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 procent av den ersättning försäkringsbolaget erhåller från fondförvaltaren • 50 procent av den rörliga försäkringsavgiften (framgår av villkorens avgiftsbilaga). <p>Kapitalförsäkringar och Direktpension med depåförvaltning</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 procent av den ersättning försäkringsbolaget erhåller från fondförvaltaren • Följande gäller för försäkringar med ett totalt försäkringskapital upp till 500 000 kr. <ul style="list-style-type: none"> 40 procent av den rörliga försäkringsavgiften på försäkringens totala försäkringskapital. • Följande gäller för försäkringar med ett totalt försäkringskapital på mellan 500 000 och 999 999 kr <ul style="list-style-type: none"> 50 procent av den rörliga försäkringsavgiften på försäkringens totala försäkringskapital • Följande gäller för försäkringar med ett totalt försäkringskapital på 1 000 000 kr och däröver <ul style="list-style-type: none"> 25 procent av den rörliga försäkringsavgiften på försäkringens totala försäkringskapital <p>Avtalspensioner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engångsersättning med 100 kr per försäkrad. • 0,02 procent per år av förvaltad kapital för försäkringar med ett totalt försäkringskapital på 100 000 kr och därutöver. <p>Sakförsäkring, privat och företag</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11 procent av varje inbetald premie. Utöver detta kan maximalt 2,5 procent tillkomma i extra provision beroende på årlig ökning av den intjänade premien. <p>Övriga försäkringar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tio procent av varje inbetald premie • För tjänstegrupplivförsäkring betalas ingen ersättning. 																			
Klagomål	<p>Om du är missnöjd med det sätt på vilket banken förmedlat försäkringen till dig, ska du i första hand vända dig till ditt bankkontor. Är du missnöjd med det svar du får av banken kan du begära att få frågan prövad av Bankens Klagomålsansvarige under adressen ovan. Du kan också vända dig till Allmänna Reklamationsnämnden, dock inte om du är näringsidkare. Du har naturligtvis alltid möjlighet att vända dig till allmän domstol, i första hand tingsrätt. Konsumenter kan få råd och vägledning hos Konsumenternas bank- och finansbyrå, Konsumenternas försäkringsbyrå samt den kommunala konsumentvägledningen. Om banken vid förmedlingen av försäkring till dig uppsåtligt eller av oaktsamhet åsidosatt sina skyldigheter enligt lagen om försäkringsförmedling och du på grund därav drabbats av ren förmögenhetsskada, är banken ersättningskyldig. Sådant krav måste framställas till banken inom skälig tid från det att du märkt eller borde ha märkt att skadan uppkommit. I annat fall går rätten till skadestånd förlorad. I den mån du inte får skadan ersatt av banken, ansvarar det försäkringsbolag vari försäkringen tecknats.</p>																			

Ansökan om individuellt val

Ansökan "Individuellt val" skickas till:
Swedbank Försäkring, FE 902, 107 77 Stockholm

Arbetsgivare/Betalares namn

Namn	Organisations-/Personnummer
------	-----------------------------

Försäkrad	Namn	Personnummer
------------------	------	--------------

Förvaltning

Om inget val görs placeras inbetalda premier i aktuell Swedbank Robur Transferfond.

Fondval Anges med helt procenttal, max 10 fonder.	Fond	_____ %	_____ %
	_____	_____ %	_____ %
	_____	_____ %	_____ %
	_____	_____ %	_____ %
	_____	_____ %	_____ %

Val av efterlevandeskydd	<p>Försäkringen gäller alltid med återbetalningsskydd om inget annat anges nedan.</p> <p>Återbetalningsskydd innebär att aktuellt pensionskapital ligger till grund för efterlevandepensionen till insatt förmånstagare.</p> <p>Du kan välja bort återbetalningsskyddet. Det innebär att det inte kommer att göras några utbetalningar efter din död. I gengäld får du något högre ålderspension.</p> <p>Du kan också välja till ett garanterat efterlevandeskydd för att ge familjen ett extra skydd. Du väljer då ett belopp som om det är högre än värdet av ditt pensionskapital, kommer att ligga till grund för utbetalning av efterlevandepension. Är det lägre, utbetalas ändå återbetalningsskyddet.</p> <p>Val av garanterat efterlevandeskydd måste göras inom 90 dagar från det att Swedbank Pensionsplan tecknats. I annat fall måste hälsoförklaring lämnas. Detsamma gäller vid senare höjning av beloppet.</p> <p><input type="checkbox"/> Jag önskar garanterat efterlevandeskydd _____ kr (minst 50.000 kr)</p> <p><input type="checkbox"/> Nej tack, jag önskar vare sig återbetalningsskydd eller garanterat efterlevandeskydd.</p> <p><input type="checkbox"/> Jag är medveten om att inga utbetalningar görs efter min död.</p>
---------------------------------	---

Förmånstagare till efterlevandeskydd	<p>Förmånstagare om inget annat anges nedan: I första hand make/sambo/registrerad partner, i andra hand barn</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Barn (ej barns bröstarvingar) 2. Make/sambo/registrerade partner</p> <p>Ändring av förmånstagare för individuell livförsäkring eller TGL görs på blankett SF 180 respektive SF 241</p>
---	---

Underskrift av den försäkrade

Datum	Namn-teckning
Namnförtydligande	

Information och behandling av personuppgifter

Försäkringarna förmedlas av Swedbank och Sparbanker. Personuppgifter som lämnas i denna ansökan kommer att behandlas i datasystem i den utsträckning som behövs för att tillhandahålla tjänster och administrera kundengagemang i Swedbankkoncernen, hos Sparbanker samt hos Tre Kronor/Förenade Liv.

Även personuppgifter som inhämtas från annan än den kund som behandlingen avser kan komma att behandlas. Det kan också förekomma att personuppgifter behandlas i datasystem hos företag och organisationer som samarbetar med bolag i Swedbankkoncernen/Sparbanker samt Tre Kronor/Förenade Liv. Hälsouppgifter behandlas hos Swedbank Försäkring och Tre Kronor/Förenade Liv och utgör underlag för riskbedömning av försäkringsärenden. Personuppgifter kan komma att användas för marknadsföringsändamål hos bolag i Swedbankkoncernen och hos sparbanker.

Informationen om behandling av personuppgifter lämnas av Swedbank eller den Sparbanks kontor vilket också tar emot begäran av rättelse av personuppgift. Information om personuppgift hos Tre Kronor/Förenade Liv lämnas av Tre Kronor/Förenade Liv.

Swedbank Försäkring, FE 902, 107 77 Stockholm

Organisationsnummer															Den försäkrades personnummer												
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arbetsgivare	Namn	Försäkrad	Namn
Handläggare			P-id

Vad menas med fullt arbetsför?
 Med full arbetsförhet menas att du

- ska kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar,
- inte uppbär sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning),
- inte uppbär rehabiliteringsersättning, handikappersättning, livränta eller liknande ersättning,
- inte har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning,
- inte har varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd de senaste 360 dagarna (vid nyteckning) samt
- inte har varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste 90 dagarna (vid utnyttjande av höjningsrätt på befintlig försäkring).

Är du osäker på dina svar?

Det är av största vikt att hälsodeklarationen fylls i fullständigt och riktigt. Vi vill därför göra dig uppmärksam på att om du är osäker på om du sökt vård (läkare, vårdcentral, sjukhus etc), inom i respektive fråga angiven tidsram (tidsram kan också saknas), måste du kontakta aktuell vårdgivare/vårdinrättning för besked. Finns det osäkerhet huruvida du varit sjukskriven i perioder om mer än 14 dagar de senaste fem åren, måste du kontakta Försäkringskassan för besked.

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Om inte annat anges ska samtliga sjukdomar, skador, handikapp, hälsokontroller och undersökningar uppges. Hälsodeklarationen kan - om du önskar - skickas i slutet kuvert till Swedbank Försäkring, antingen direkt av dig eller via bankens representant.

Observera att du själv är ansvarig för riktigheten i dina svar varför samtliga frågor måste besvaras och fyllas i av dig personligen. Det är inte tillåtet att låta någon annan göra detta åt dig.

1. Har du varit bosatt i Sverige de senaste 2 åren?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Nej, bosatt i Sverige sedan när	
			I vilket land har du varit bosatt?	
2. Din längd och vikt?	Längd i cm		Vikt i kg	
3. Har du lämnat blodprov för HIV (AIDS)-test	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		När	Provets resultat
				<input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)
4. Röker du eller har du tidigare rökt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Ja, ungefär hur mycket röker/rökte du dagligen	
			Om du slutat, ange när	

Frågor om genetisk test och familjeuppllysning. Om ditt totala försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar överstiger de gränser vilka uppges i informationstexten på sidan 4 ska fråga 5 och 6 besvaras.

5. Har du genomgått någon form av genetisk undersökning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Ja, anledning och resultat	
			Var utfördes undersökningen? Ange läkare och sjukvårdsinrättning med adress	
6. Har någon av dina föräldrar eller syskon avlidit före 60 års ålder?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Ja, uppgi vem, ålder och dödsorsak	

Om du svarar nej på fråga 7 komplettera svaret på sidan 3. Samtliga frågor ska besvaras

7. Är du fullt arbetsför? (För förklaring, se ovan)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Yrke	Beskriv dina arbetsuppgifter

Om du svarar ja på någon av frågorna 8-17 komplettera svaret på sidan 3. Samtliga frågor ska besvaras.

8. Har du sjuklön, sjukpenning, aktivitetsersättning (även vilande), sjukersättning (även vilande eller tidsbegränsad), handikappersättning, rehabiliteringsersättning, livränta, liknande ersättning eller har du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Viiken/Vilket	
			Sedan när	
			Anledning	
9. Går du på kontroller/undersökningar eller har du någon läkare som du brukar anlita? OBS! Hälsokontroller och gynekologiska kontroller som ej föranletts av symtom/sjukdom och där resultaten varit utan anmärkning, behöver inte uppges. Kontroller under komplikationsfri graviditet behöver ej heller uppges.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Anledning	Läkarens namn och fullständiga adress
10. Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven eller arbetsförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Ja, ange tidsperioder	Orsak
			Sjukskrivande läkare (namn och postadress)	



11. Använder du någon medicin?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om Ja, vilken/vilka?	
Dos	
Anledning	
Receptskrivande läkare (Fullständig adress)	

12. Har du någon sjukdom, skada på inre organ, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning eller annan kroppsdefekt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
--	--

13. Har du eller har du tidigare haft:

a) Psykiska besvär, sömnrubbing, psykisk sjukdom, utbrändhet, stress eller kontakt med psykolog, psykoterapeut eller liknande?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
b) Sjukdom, skada, förslitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder, muskler eller skelett?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
c) Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
d) Besvär från rygg eller nacke? Ischias eller diskbräck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nacke	
<input type="checkbox"/> Bröstrygg	
<input type="checkbox"/> Ländrygg	
<input type="checkbox"/> Annat:	
e) Sjukdom/besvär som behandlats av sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, akupunktör eller annan liknande vårdgivare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Uppge år, månad för senaste behandling	
f) Alkoholproblem eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
14) Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Typ av preparat	
Under vilken tidsperiod?	
När senast	

15. Har du under de senaste 5 åren haft, kontrollerats, undersökts eller behandlats för:

a) Ögonsjukdom? Synnedsättning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Uppge sjukdom, skada eller närsynthet?	
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Närsynt	
Vid närsynthet om minst 6 dioptrier på något av ögonen, ange dioptritalet. Om du inte vet ska du bifoga det senaste glasögonreceptet.	
Dioptrital höger _____ vänster _____	
b) Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Uppge sjukdom, skada eller hörselnedsättning samt vilket öra	
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
c) Högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
d) Blodpropp? Hjärnblödning? Kärlsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
e) Åderbräck ben?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
f) Förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
g) Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
h) Andningsuppehåll vid snarkning (sömnapné)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
i) Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
j) Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
k) Hudsjukdom eller eksem? Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
l) Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan? Gulsot?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
m) Förhöjt blodsocker? Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
n) Äggvita, blod eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
o) Sjukdom/Besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
p) Sjukdom/Besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
q) Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
r) Blodsjukdom inklusive blodbrist?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
s) Epilepsi, krampanfall, förlamning eller annan sjukdom i nervsystemet? Svimningsanfall?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
t) Yrsel, migrän eller annan huvudvärk?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
16. Har du under de senaste 5 åren behandlats eller undersökts för annan sjukdom/besvär/symtom än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
17. Har du symtom/besvär som du ännu inte sökt läkare/annan vårdgivare för eller är det planerat eller är du rekommenderad någon form av läkarbesök, undersökning, behandling eller operation?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

FÖLJDFRÅGOR

Viktigt! Om du inte är fullt arbetsför eller svarat "Ja" på någon av frågorna 8 - 17 ska du lämna kompletterande upplysningar kolumnvis här nedan.

Samtliga frågor 18 a-k ska besvaras (Vid brist på utrymme, kan svar lämnas på baksidan).

	Kolumn 1 OBS! Alla frågor måste besvaras	Kolumn 2 OBS! Alla frågor måste besvaras	Kolumn 3 OBS! Alla frågor måste besvaras
18 a) Uppge sjukdom, skada, handikapp, symtom eller besvär. Uppge var på kroppen samt om det avser höger eller vänster sida.			
b) När började sjukdomen/ besvären?			
c) Vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven? Uppge datum			
d) Vilken läkare, vårdgivare eller vårdinrättning har du anlitat? Uppge läkarens namn och fullständig adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.			
e) Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?			
f) Vilken vård och behandling har du fått? (Operation, sjukgymnastik, medicinering etc)			
g) När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du senast?			
h) Ska du på kontroll igen? När? Var?			
i) Vilka kvarstående besvär eller symtom har du?			
j) Har du besvär av detta i ditt arbete? Vilka?			
k) Sedan när är du symptomfri?			
l) Övriga upplysningar			

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som lämnas till bolag i Swedbankkoncernen eller till sparbanker kommer att behandlas i datasystem i den utsträckning som behövs för att tillhandahålla tjänster och administrera kundengagemang i koncernen och i sparbanker. Hälsouppgifter utgör i förekommande fall underlag för riskbedömning av livförsäkringsärenden. Även personuppgifter som inhämtas från annan än den kund som behandlingen avser kan komma att behandlas. Det kan också förekomma att personuppgifter behandlas i datasystem hos företag och organisationer som samarbetar med bolag i Swedbankkoncernen eller sparbank samt Tre Kronor Försäkring AB och Förenade Liv Grupp-försäkring AB.

Personuppgifter kan komma att behandlas för marknadsföringsändamål hos bolag i Swedbankkoncernen, hos sparbanker och hos dessa bolags samarbetspartners.

Information om behandling av personuppgifter lämnas av Swedbanks eller sparbankens kontor vilket också tar emot begäran om rättelse av personuppgift. Information om behandling av personuppgifter hos Tre Kronor Försäkring AB/Förenade Liv Grupp-försäkring AB och Swedbank Försäkring lämnas av dessa bolag.

Information till den som ska försäkras

För att försäkring ska kunna beviljas kan försäkringsgivaren komma att behöva inhämta ytterligare upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m m som försäkringsgivaren anser sig behöva för att handlägga försäkringsansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet. För det fall ytterligare uppgifter behövs för vår bedömning kommer ditt samtycke att inhämtas. För det fall samtycke inte kan lämnas kan det komma att innebära att försäkring inte kan beviljas, försäkringens giltighet påverkas eller att utbetalning inte kan verkställas.

Underskrift av den som ska försäkras

De uppgifter jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet mellan mig och Swedbank Försäkring/Tre Kronor Försäkring AB/Förenade Liv Grupp-försäkring AB. För försäkringsavtalet gäller dessutom försäkringsgivarens försäkringsvillkor.

Jag bekräftar att uppgifterna i hälsodeklarationen på sidan 1-3 är fullständiga och sanna samt att jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

(Uppgifterna hanteras under sekretess)

Datum (år, mån, dag)

Namnteckning

Information om frågor angående genetisk test och familjeupplysning**A. Lagen om genetisk integritet**

Syftet med lagen om genetisk integritet är att värna om den enskilda människans integritet. Lagen gäller bland annat användning av genetiska undersökningar och genetisk information. Lagstiftningen omfattar inte undersökningar i syfte att ställa sjukdomsdiagnos. Avseende familjeupplysningar omfattar lagstiftningen endast familjeupplysningar som framtagits inom hälso- och sjukvården.

B. Definitioner

I denna lag betyder:

- Genetisk undersökning: en undersökning inom hälso- och sjukvården eller medicinsk forskning som syftar till att ge upplysning om en människas arvs massa genom olika analysmetoder eller genom inhämtande av upplysningar om hans eller hennes biologiska släktingar.
- Genetisk information: information om resultatet av en genetisk undersökning, dock inte till den del informationen endast innefattar upplysning om den undersöktes aktuella hälsotillstånd.

C. 2 kap. Genetisk undersökning och information samt genterapi

1§ Ingen får utan stöd i lag ställa som villkor för ett avtal att den andra parten skall genomgå en genetisk undersökning eller lämna genetisk information om sig själv.

Ingen får utan stöd i lag i samband med avtal efterforska eller använda genetisk information om den andre. Ingen får olovligen bereda sig tillgång till genetisk information om någon annan.

Användning av genetisk information på försäkringsområdet

2§ I fråga om riskbedömd personförsäkring får utan hinder av vad som sägs i 1§ andra stycket första meningen ett försäkringsbolag efterforska eller använda genetisk information i samband med ingående, ändring eller förnyelse av avtal, om

1. den försäkrade fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som vid försäkringsfall skall utfalla som ett engångsbelopp överstiger 30 prisbasbelopp enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, eller
2. den försäkrade har fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som vid ett försäkringsfall skall utfalla som en periodisk ersättning överstiger fyra prisbasbelopp per år.

D. Kommentarer

Med försäkringsbelopp avses totalt riskbedömt försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar i ett och samma bolag. Utdrag ur proposition 2005/2006:64

Handläggare

P id

Datum

Kontor

Företagets namn	Organisations- eller personnummer
-----------------	-----------------------------------

Allmänna uppgifter om företaget - inför behovsinventering

När bildades företaget?	Ägarförhållande
Bransch	Antal personer verksamma i företaget
Omsättning	Resultat enligt senaste årsredovisning
Kollektivavtal <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilket?
Finns ett placeringsreglemente/placeringspolicy <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

Syftet med rådgivningen

<input type="checkbox"/> Genomgång av pensions- och försäkringsskydd	<input type="checkbox"/> Försäkringslösningar för ledningspersoner	<input type="checkbox"/> Företagsplacering
<input type="checkbox"/> Annat		

Befintliga pensions- och livförsäkringar betalda av företaget (om rådgivning avser företagarens eller anställdas försäkringsskydd)

Bolag	Typ av försäkring	Försäkringsnivå (t ex % av lön, max sjuk etc)	Vilka personalkategorier omfattas?

Företagets önskemål och behov

--

Belopp att placera (ifylles vid företagsplacering)

Engångsbelopp	kr	Regelbunden avsättning	kr/mån
---------------	----	------------------------	--------

Riskprofil (ifylles vid företagsplacering)

		Aktier	Fonder	Aktieindex- obligationer (SPAX)	Bevis
Kunskap/ Erfarenhet	1. Har du/företaget kunskap om följande instrument?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	2. Har du/företaget gjort två eller fler transaktioner i följande instrument de senaste fem åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	3. Har du en utbildning och/eller har du eller har du haft ett yrke som är relevant för förståelsen av produktens risker och konstruktion eller finns sådan kompetens hos andra personer i företaget?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Yrke om Ja på fråga 3					
Placerings- horisont och Risk- benägenhet	Placeringshorisont	Riskbenägenhet. Vilka egenskaper vill du att ditt sparande ska ha?			
Aktiv/Passiv					
Beskrivning av risknivån					

Föreslagna placeringar

Belopp (+/-)	Tid	Risk	Produkt/Finansiella instrument

Ekonomiska förhållanden/ Övrigt	Ekonomiska och andra förhållanden av betydelse för valet av försäkringsprodukt/placering
--	--

Lämnade råd och förklaring till varför lämnade råd och rekommenderade produkter är lämpliga för kunden. Kommentera även om kunden avråtts från att vidta en åtgärd och ange skälen för detta.

BESVARAS AV FÖRETAGET

- De uppgifter jag lämnat är riktiga och fullständiga.
- Lämnade uppgifter är riktiga, men vissa uppgifter har utelämnats (se strukna fält). Jag är medveten om att utelämnade uppgifter kan påverka rådgivningens omfattning och underhåll.
- Jag bekräftar att jag blivit erbjuden att ta del av faktablad och/eller eventuellt produktblad i de fall då placeringar till följd av rådgivningen skett i värdepappersfonder och/eller strukturerade produkter, se även www.swedbank.se/fondtorget och www.swedbank.se/struktprod
- Jag har mottagit blanketten *Information om försäkringsförmedlaren* enligt lagen om försäkringsförmedling.
- Vid placering:**
Jag förstår beskaffenheten och innebörden av de valda instrumenten och den risk det innebär att placera i dem.

Historisk avkastning är ingen garanti för framtida avkastning. De medel som investeras i finansiella instrument kan både öka och minska i värde och det är inte säkert att du får tillbaka hela det insatta kapitalet.

Information	Tidpunkt när denna blankett och blanketten "Information om förmedlaren enligt försäkringsförmedlingslagen" gjorts tillgänglig för kunden.	Datum
--------------------	---	-------

Underskrift av firmatecknare

Datum	Underskrift
Namnförtydligande	Roll på företaget

Rådgivares underskrift

Datum	Underskrift
Handläggarens yrkesroll	

Dokumentation/Kartläggning har skett i Rådgivningstöd alt Placeringsstöd (bifogas)

Försäkrad	Förnamn och efternamn		Personnummer	
	Civilstånd	Antal barn, ålder	Kollektivavtal <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange vilket
	Anställningsform	Ändrade förhållanden av betydelse sedan senaste genomgång <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum för senaste genomgång	

Ekonomiska förhållanden

Dessa uppgifter behöver inte anges om förhållandena inte väsentligen ändrats sedan senaste genomgång och inte heller om rådgivningen avser tjänstepensions- eller avtalspensionsförsäkring.

INKOMSTER

Ex vis arbetsinkomst, pension, barnbidrag, bostadsbidrag, underhåll, kapital	Kronor per månad (efter skatt)
--	--------------------------------

TILLGÅNGAR*

Värdet av omsättningsbara tillgångar såsom bank, aktier, fonder, kapitalförsäkring mm	Belopp i kronor
---	-----------------

KOSTNADER

Samtliga uppgifter såsom boendekostnader, bil, räntor och amorteringar, konsumtion mm	Kronor per månad
---	------------------

SKULDER

Skulder	Belopp i kronor
---------	-----------------

Överskott per månad	Kronor per månad
---------------------	------------------

Nettoförmögenhet	Belopp i kronor
------------------	-----------------

*Vid behov specificera tillgångarna på sidan 2 under Övrigt eller bifoga sammanställning från SYNK.

Syftet med rådgivningen

<input type="checkbox"/> Genomgång av pensions- och försäkringsskydd	<input type="checkbox"/> Annat

Befintliga pensions- och liv-försäkringar			
	Bolag	Typ av försäkring	Försäkringsnivå (t ex % av lön, max sjuk etc)

Önskemål och behov	
---------------------------	--

Belopp att placera (anges ej om tjänstepension)	Engångsbelopp	Regelbundet sparande
	_____ kr	_____ kr

Riskprofil

Kundskap/ Erfarenhet	1. Har du kunskap om följande instrument?	Aktier <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fonder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Aktieindex- obligationer (SPAX) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bevis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	1. Har du gjort två eller fler transaktioner i följande instrument de senaste fem åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	1. Har du en utbildning och/eller har du haft ett yrke som är relevant för förståelsen av produktens risker och konstruktion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Yrke om "Ja" på fråga 3				

Placerings- horisont och Risk- benägenhet	Placeringshorisont	Riskbenägenhet. Vilka egenskaper vill du att ditt sparande ska ha?
	<input type="checkbox"/> Placering på 0 - 1 års sikt	<input type="checkbox"/> Jag vill inte att sparandet svänger mycket i värde och accepterar därför en lägre avkastning (låg risk)
	<input type="checkbox"/> Placering på 1 - 2 års sikt	<input type="checkbox"/> Jag accepterar att sparandet kan svänga i värde för möjligheten till högre avkastning (mellanrisk)
	<input type="checkbox"/> Placering på 3 - 4 års sikt	<input type="checkbox"/> Jag strävar efter hög avkastning och accepterar att sparandet kan svänga mycket i värde (hög risk)
	<input type="checkbox"/> Placering på 5 - 7 års sikt	
<input type="checkbox"/> Placering på 8 - års sikt		
Aktiv/Passiv	<input type="checkbox"/> Jag vill ha ett bekvämt sparande där jag inte behöver göra omplaceringar själv	
	<input type="checkbox"/> Jag vill vara aktiv och följa mitt sparande regelbundet och göra omplaceringar	
Beskrivning av risknivå		

Föreslagna placeringar

Belopp (+/-)	Tid	Risk	Produkt/Finansiella instrument	Syfte/Mål

Ekonomiska förhållanden/Övrigt

Ekonomiska och andra förhållanden av betydelse för valet av försäkringsprodukt/placering

Lämnade råd och förklaring till varför lämnade råd och rekommendationer är lämpliga för kunden

Fylls i av den försäkrade	<input type="checkbox"/> De uppgifter jag har lämnat är riktiga och fullständiga.
	<input type="checkbox"/> Lämnade uppgifter är riktiga, men vissa uppgifter har utelämnats (se strukna fält). Jag är medveten om att utelämnade uppgifter kan påverka rådgivningens omfattning och innehåll.
	<input type="checkbox"/> Jag bekräftar att jag blivit erbjuden att ta del av faktablad och/eller eventuellt produktblad i de fall då placeringar till följd av rådgivningen skett i värdepappersfonder och/eller strukturerade produkter, se även www.swedbank.se/fondtorget och www.swedbank.se/struktprod .
	<input type="checkbox"/> Jag förstår beskaffenheten och innebörden av de valda instrumenten och den risk det innebär att placera i dem.
	<input type="checkbox"/> Jag har mottagit blanketten "Information om försäkringsförmedlaren enligt lagen om försäkringsförmedling".
	<input type="checkbox"/> Val av <input type="checkbox"/> Fonder <input type="checkbox"/> Riskskydd har bestämts av arbetsgivaren och har inte kunnat påverkas av mig
	Historisk avkastning är ingen garanti för framtida avkastning. De medel som investeras i finansiella instrument kan både öka och minska i värde och det är inte säkert att du får tillbaka hela det insatta kapitalet.

Den försäkrades underskrift	Datum	Underskrift
------------------------------------	-------	-------------

Information	Tidpunkt när denna blankett och blanketten "Information om förmedlaren enligt försäkringsförmedlingslagen" gjorts tillgänglig för kunden.	Datum
--------------------	---	-------

Handläggarens underskrift	Datum	Underskrift	Handläggarens yrkesroll
----------------------------------	-------	-------------	-------------------------