



# ALLMÄNNA ÄNKE- OCH PUPILLKASSAN I SVERIGE

## ANSÖKAN OM LIVFÖRSÄKRING MED ÅTERBÄRING

### 1. FÖRSÄKRAD OCH FÖRSÄKRINGSTAGARE/ÄGARE

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
Yrke/sysselsättning	E-mejladress		Telefon (dagtid)

### 2. PREMIEBETALARE (om annan än försäkrad)

Företag/Arbetsgivare eller namn		Organisations-/personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	

### 3. FÖRSÄKRINGSTAGARE/ÄGARE (om annan än försäkrad)

Företag/Arbetsgivare eller namn		Organisations-/personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	

### 4. FÖRSÄKRINGENS OMFATTNING

Välj <u>ett</u> av alternativen nedan	
Försäkringsbelopp _____ kronor	Ange det belopp du vill att dina efterlevande ska få.
Årlig premie _____ kronor per år	Om du hellre vill ange hur mycket du vill betala i premie fyller du i det här. I den första premien ingår en administrativ engångsavgift på 400 kronor.
Engångspremie _____ kronor	
Försäkringstid _____ år	Ange det antal år du vill att försäkringen ska gälla. Försäkringen upphör efter det antal år du anger räknat från starttidpunkten.
Starttidpunkt _____	Ange från vilket datum försäkringen ska börja gälla (alltid från den första i månaden).
Premiebetalning <input type="checkbox"/> Helår <input type="checkbox"/> Halvår <input type="checkbox"/> Kvartal <input type="checkbox"/> Engångspremie	Om du inte väljer något sätts premiebetalningen automatiskt till helår. Lägsta premie per betalningstillfälle är 1 000 kronor.
Premiebetalningstid _____ år	Premiebetalning sker normalt under hela försäkringstiden (max till 70 års ålder). Du kan välja kortare tid.

### 5. SKATTEREGLER

Försäkringen är en kapitalförsäkring Utfallande belopp är fritt från inkomstskatt. För en kapitalförsäkring får du inte göra avdrag i deklarationen. Om arbetsgivaren betalar premien kan den utgöra en skattepliktig förmån för den anställda.
---

### 6. HÄLSODEKLARATION

Till ansökan bifogas <input type="checkbox"/> Hälsodeklaration <input type="checkbox"/> Läkarutlåtande <input type="checkbox"/> Finansiell riskbedömning
--

Personnummer

### 7. FÖRMÄNSTAGARFÖRORDNANDE - vem får utbetalning när den försäkrade avlider?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> I första hand make/sambo/registrerad partner, i andra hand barn.<br>Förmånstagare kan helt eller delvis avstå sin rätt.   | <input type="checkbox"/> Jag vill även att makes/sambos/registrerad partners barn ska ingå i förmånstagarkretsen. |
| <input type="checkbox"/> I första hand barn, i andra hand make/sambo/registrerad partner.<br>Förmånstagare kan helt eller delvis avstå sin rätt.   | <input type="checkbox"/> Jag vill även att makes/sambos/registrerad partners barn ska ingå i förmånstagarkretsen. |
| <input type="checkbox"/> Make/sambo/registrerad partner till hälften och barn till resterande del.<br>Om någon av dessa inte finns, de kvarvarande.<br>Förmånstagare kan helt eller delvis avstå sin rätt. | <input type="checkbox"/> Jag vill även att makes/sambos/registrerad partners barn ska ingå i förmånstagarkretsen. |
| <input type="checkbox"/> Annat förordnande ska gälla<br>_____  |   |

### 8. VAD ÄR SYFTET MED ATT TECKNA FÖRSÄKRING?

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Jag vill skydda min familj                   |
| <input type="checkbox"/> Jag vill teckna en bolåneförsäkring          |
| <input type="checkbox"/> Jag vill kunna lösa ut min kompanjons dödsbo |
| <input type="checkbox"/> Annat<br>_____                               |

### 9. UNDERSKRIFT OCH ID-KONTROLL/PENNINGTVÄTT AV DEN FÖRSÄKRADE/GDPR

Till ansökan bifogas en vidimerad kopia av svensk id-handling  körkort  id-kort  pass

(vidimera - att någon intygar att du är du med namnteckning, namnförtydligande, telefonnummer och datum)

De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar härmed att jag själv besvarat frågorna och att svaren är riktiga och fullständiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att de uppgifter Allmänna Änke- och Pupillkassan i Sverige (AÄP) erhåller om mitt hälsotillstånd får delges det återförsäkringsbolag AÄP anlitar. Jag bekräftar att jag är bosatt i Sverige och/eller svensk medborgare och att svensk rätt därför är tillämplig på försäkringsavtalet. Jag bekräftar att jag erhållit förköpsinformation gällande sökt försäkring.

Jag bekräftar att jag tagit del av och förstått information om AÄP:s personuppgiftsbehandling separat.

Fullmakt att efter min död inhämta de upplysningar (journaler, registerhandlingar, intyg med mera) som behövs för att fastställa rätten till försäkringsersättning på grund av dödsfallet. Fullmakten gäller för AÄP (org.nr 502000-5202) samt för dess återförsäkringsbolag. Upplysningarna får inhämtas hos läkare eller annan vårdgivare, sjukhus eller annan vårdinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, upplysningscentral, skattemyndighet eller annan myndighet. Jag medger att ovan nämnda handlingar efter min död får utlämnas till AÄP samt dess återförsäkringsbolag. Fullmakten upphör att gälla när försäkringsersättningen slutgiltigt har reglerats. (Anmärkning: Fullmakten behövs för att det ska vara möjligt för försäkringsbolaget att efter min död kontrollera att de uppgifter som gavs i försäkringsansökan var korrekta och fullständiga).

Är du en person i politiskt utsatt ställning (PEP)?  Ja  Nej

Är du en närstående, känd medarbetare, har nära förbindelse med en person i politiskt utsatt ställning (PEP)?  Ja  Nej

Svarar du JA på någon av frågorna ber vi dig fylla i blanketten "Person i politiskt utsatt ställning PEP". Med PEP avses person som t.ex. har eller har haft en viktig offentlig funktion i en stat eller i ledningen i en internationell organisation.

Läs mera på [www.ankepupillkassan.se](http://www.ankepupillkassan.se)

Skattskyldighet i USA (FATCA, US persons)

Är du amerikansk medborgare (även dubbelt)?  Ja  Nej

Svarar du JA kan vi tyvärr inte teckna försäkring eftersom vi inte kan hantera detta skattemässigt.

Läs mera på [www.ankepupillkassan.se](http://www.ankepupillkassan.se)

Ort och datum

Namnteckning och namnförtydligande

Personnummer

**10. UNDERSKRIFT OCH ID-KONTROLL/PENNINGTVÄTT AV ANNAN FÖRSÄKRINGSTAGARE/ÄGARE ELLER PREMIEBETALARE**

**Som *inte* är försäkrad**

Till ansökan bifogas en vidimerad kopia av svensk id-handling  körkort  id-kort  pass

(vidimera - att någon intygar att du är du med namnteckning, namnförtydligande, telefonnummer och datum).

De uppgifter som lämnats i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter från den försäkrade kan göra försäkringen ogiltig. Jag bekräftar att jag är bosatt i Sverige och/eller svenskt medborgare (alternativt svensk juridisk person) och att svensk rätt därför är tillämplig på försäkringsavtalet. Jag bekräftar att jag erhållit förköpsinformation gällande sökt försäkring.

Är du en person i politiskt utsatt ställning (PEP)?  Ja  Nej

Är du en närstående, känd medarbetare, har nära förbindelse med en person i politiskt utsatt ställning (PEP)?  Ja  Nej

Svarar du JA på någon av frågorna ber vi dig fylla i blanketten "Person i politiskt utsatt ställning PEP". Med PEP avses person som t.ex. har eller har haft en viktig offentlig funktion i en stat eller i ledningen i en internationell organisation.

Läs mera på [www.ankepupillkassan.se](http://www.ankepupillkassan.se)

Besvaras av juridisk person

Finns det ägare (juridisk eller fysisk person) till mer än 25 % av röst-/ägarandelar eller motsvarande?  Ja  Nej

Finns annan fysisk person än ägare som på annat sätt utövar kontroll över den juridiska personen (verklig huvudman)?  Ja  Nej

Svarar du JA på någon av frågorna ber vi dig fylla i blanketten "Uppgift om ägare, juridisk person – verklig huvudman".

Läs mera på [www.ankepupillkassan.se](http://www.ankepupillkassan.se)

Skattskyldighet i USA (FATCA, US persons)

Är du amerikansk medborgare (även dubbelt)?  Ja  Nej

Svarar du JA kan vi tyvärr inte teckna försäkring eftersom vi inte kan hantera detta skattemässigt.

Läs mera på [www.ankepupillkassan.se](http://www.ankepupillkassan.se)

Ort och datum

Namnteckning och namnförtydligande – firmatecknare vid juridisk person

**11. UNDERSKRIFT AV ANSVARIG FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARE**

Namn och förmedlarföretag

Telefon



## ALLMÄNNA ÄNKE- OCH PUPILLKASSAN I SVERIGE

### SAMTYCKE TILL BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER

Samtycket och behandlingen av personuppgifterna sker i enlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 (GDPR).

Allmänna Änke- och Pupillkassan i Sverige, 502000-5202, (AÄP) bedriver livförsäkringsverksamhet, med specialisering på efterlevandeskydd, där AÄP tillhandahåller två huvudtyper av försäkringar: livförsäkring och familjeskydd. I verksamheten tecknar AÄP försäkringsavtal med kunder och levererar således den försäkringsprodukt som kunden tecknat avtal om.

AÄP behandlar enbart sådana personuppgifter som är nödvändiga för fullgöra avtalets skyldigheter. För att AÄP ska kunna fullgöra sina skyldigheter har detta skriftliga samtycke till behandling av personuppgifter lämnats, enligt art 6-10 GDPR.

AÄP:s personuppgiftsbehandling sker därför i huvudsak för följande ändamål:

- administration av kundförhållanden, försäkrade, ev. förmånstagare m. fl.
- riskbedömning
- skadereglering vid försäkringsfall
- autogirodragning
- avisering av premiebetalning
- utfärdande av information avseende försäkringen
- automatisk körning av adressregister mot SPAR
- rapportering till myndigheter
- överföring på datafil till och från externa säljare, exempelvis förmedlare
- statistiska ändamål
- provisionshantering
- uppfylla regler för att motverka penningtvätt och/eller terrorism

AÄP har rätt att registrera uppgifter om min hälsa eftersom det är nödvändigt för att Bolaget ska kunna teckna försäkring eller fastställa grund för utbetalning.

AÄP och dess återförsäkringsbolag har även rätt att efter min död inhämta och erhålla de upplysningar (journaler, registerhandlingar, intyg med mera) som behövs för att fastställa rätten till försäkringsersättning på grund av dödsfallet. Samtycket gäller för AÄP (org.nr 502000-5202) samt för dess återförsäkringsbolag. Upplysningarna får inhämtas hos läkare eller annan vårdgivare, sjukhus eller annan vårdinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psyko-terapeut, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, upplysningscentral, skattemyndighet eller annan myndighet.

AÄP kan komma att dela personuppgifter med exempelvis återförsäkringsbolag, försäkringsförmedlare eller myndighet inom ramen för uppfyllandet av ovan angivna ändamål.

### SAMTYCKE

Undertecknad har förstått ovanstående ändamål, intresseavvägning och lagligheten av behandlingen av mina personuppgifter och ger därför mitt samtycke till AÄP att behandla mina personuppgifter för att AÄP skall kunna uppfylla avtalet som ingåtts mellan mig och AÄP, eller den fullmakt som jag lämnat AÄP, och till vilka detta samtycke utgör en separat bilaga. Undertecknad samtycker även till att AÄP registrerar uppgifter om hälsa endast då det är nödvändig för att AÄP ska kunna teckna försäkring eller fastställa grund för utbetalning.

.....  
Ort och datum

.....  
Namnteckning och namnförtydligande

### ÅTERSÄNDES TILL ÄNKE- OCH PUPILLKASSAN TILLSAMMANS MED FÖRSÄKRINGSANSÖKAN