



ALLMÄNNA ÄNKE- OCH PUPILLKASSAN I SVERIGE

ANSÖKAN OM LIVFÖRSÄKRING MED ÅTERBÄRING

1. FÖRSÄKRAD OCH FÖRSÄKRINGSTAGARE/ÄGARE

Efternamn och tiltalsnamn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
Yrke/sysselsättning	E-postadress	Telefon (dagtid)	

2. PREMIEBETALARE (om annan än försäkrad)

Företag/Arbetsgivare eller namn		Organisations-/personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
E-postadress		Telefon (dagtid)	

3. FÖRSÄKRINGSTAGARE/ÄGARE (om annan än försäkrad)

Företag/Arbetsgivare eller namn		Organisations-/personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
E-postadress		Telefon (dagtid)	

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 sättas 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 anställde.

6. HÄLSODEKLARATION

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

Personnummer

7. FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE - vem får utbetalning när den försäkrade avlider?

<input type="checkbox"/> I första hand make/sambo/registrerad partner, i andra hand barn. 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. 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. Om någon av dessa inte finns, de kvarvarande. 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 _____	

8. VAD ÄR SYFTET MED ATT TECKNA FÖRSÄKRING? Du kan välja flera alternativ.

<input type="checkbox"/> Jag vill skydda min maka/make/sambo/registrerad partner	<input type="checkbox"/> Jag vill skydda mina barn
<input type="checkbox"/> Jag vill teckna en boläneförsäkring	<input type="checkbox"/> Jag har särkullbarn
<input type="checkbox"/> Jag vill kunna lösa ut min kompanjons dödsbo	<input type="checkbox"/> Vid företagsägd: Ge den anställde ett förstärkt efterlevandeskydd
<input type="checkbox"/> Annat _____	

9. UNDERSKRIFT AV DEN FÖRSÄKRADE och ID-KONTROLL/PENNINGTVÄTT/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. Ja

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

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

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

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 svensk medborgare (alternativt svensk juridisk person) och att svensk rätt därför är tillämplig på försäkringsavtalet.

Jag bekräftar att jag erhållit förköpsinformation gällande sökt försäkring. Ja

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

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

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

Ort och datum

Namnteckning och namnförtydligande – firmatecknare vid juridisk person

11. UNDERSKRIFT AV ANSVARIG FÖRSÄKRINGSFÖRMEDELARE

Namn och förmedlarföretag

Telefon