



ALLMÄNNA ÄNKE- OCH PUPILLKASSAN I SVERIGE

ANSÖKAN OM BEGRAVNINGSFÖRSÄKRING MED ÅTERBÄRING

1. FÖRSÄKRAD OCH FÖRSÄKRINGSTAGARE/ÄGARE

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
	E-postadress	Telefon (dagtid)

2. PREMIEBETALARE (om annan än försäkrad)

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
	E-postadress	Telefon (dagtid)

3 FÖRSÄKRINGENS OMFATTNING

☐ 50 000 kronor ☐ 75 000 kronor ☐ 100 000 kronor

4 Premiebetalning

☐ Engångspremie

☐ Löpande premie fram till 70 år – kräver en fullgod hälsa enligt nedanstående

5 HÄLSODEKLARATION (endast vid avbetalning)

Har du under de senaste 5 åren behandlats av läkare eller annan vårdpersonal för något av följande besvär eller diagnos:

- hjärt/ kärlsjukdom
- stroke
- leversjukdom eller sjukdom i pankreas och/eller sjukdom i bukorgan/mage
- högt blodtryck
- blodsjukdom
- diabetes
- cancer/tumörsjukdom
- njursjukdom
- HIV /Hepatit
- neurologisk sjukdom
- förhöjda blodfetter
- reumatologisk sjukdom eller annan autoimmun sjukdom
- inflammatorisk tarmsjukdom
- schizofreni, eller annan psykisk diagnos
- depression, bipolär sjukdom eller annan psykisk diagnos
- lungsjukdom
- prostatasjukdom eller annan underlivssjukdom
- missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel eller annan olaglig substans
- ångest, ätstörning, självskadebeteende eller självmordsförsök

☐ Ja (om du svarar ja på denna fråga kan du ansöka om engångsbetald försäkring)

☐ Nej



ALLMÄNNA ÄNKE- OCH PUPILLKASSAN I SVERIGE

6 UNDERSKRIFT AV DEN FÖRSÄKRADE och ID-KONTROLL/PENNINGTVÅTT/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) Ja, 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).

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 försäk-ringen 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.

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 återförsäk-ringsbolag. Upplysningarna får inhämtas hos läkare eller annan vårdgivare, sjukhus eller annan vårdinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, upplysningscentral, skatte-myndighet eller annan myndighet. Jag medger att ovan nämnda handlingar efter min död får utlämnas till AÄP samt dess åter-försäkringsbolag. 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).

☐ Ja ☐ Nej 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)?

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)

☐ Ja ☐ Nej Är du amerikansk medborgare (även dubbelt)?

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

Fylls i av Premiebetalare om annan än 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).

☐ Ja, Jag bekräftar att jag erhållit förköpsinformation gällande sökt försäkring.

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.

☐ Ja ☐ Nej 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)?

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

☐ Ja ☐ Nej 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)?

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)

☐ Ja ☐ Nej Är du amerikansk medborgare (även dubbelt)?

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