



Organisationsnummer

Personnummer

Undertecknat företag ansöker om ändring av Swedbank Pensionsplan enligt vad som framgår av denna ansökan.

Vid nyanslutning av en person placeras inbetalda premier till ålderspension i aktuell Swedbank Robur Transferfond intill dess den försäkrade gör ett individuellt val.

För riskförsäkringar krävs en godkänd hälsodeklaration. I vissa fall räcker det med ett intyg om att den anställda är fullt arbetsför och i andra fall krävs det kompletterande uppgifter om personens hälsa. Om kompletterande uppgifter behövs kommer personen att få information om detta och kontaktas av Swedbank Försäkring.

Vid avanmälan av en person upphör samtliga riskförsäkringar att gälla. Retroaktivt avanmälan medför ingen rätt till återbetalning av riskpremier.

#### **Vad menas med fullt arbetsför?**

Med full arbetsförhet menas att den försäkrade

- Ska kunna utföra sitt vanliga arbete utan anpassningar som beror på hälsoskäl eller funktionsnedsättning.
- Varken får ersättning från sin arbetsgivare eller Försäkringskassan som har samband med sjukdom, skada eller funktionshinder (så som till exempel sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringsersättning, aktivitets- eller sjukersättning (även vilande), arbetsskadeersättning, merkostnadsersättning, assistansersättning eller annan liknande ersättning).
- Inte har särskilt anpassat arbete eller anställning med anställningsstöd via Arbetsförmedlingen.
- Inte har varit helt eller delvis arbetsoförmögen i mer än 30 dagar i följd under de senaste 360 dagarna (vid nyteckning) samt
- Inte har varit helt eller delvis arbetsoförmögen i mer än 14 dagar i följd under de senaste 90 dagarna (vid utnyttjande av höjningsrätt på befintlig försäkring).

**Försäkringstagaren intygar med sin underskrift att den försäkrade är fullt arbetsför.**

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

**Jag intygar att lämnade uppgifter är korrekta**

Datum	Försäkringstagarens underskrift (behörig företrädare för företaget)
Namnförtydligande	