

1. UPPGIFTER OM FÖRSÄKRAD

Namn	Personnummer		
Adress	Telefon		
Postnummer	Ort	E-post	Obligatoriskt eftersom ditt användarnamn till Internetkontoret skickas med e-post
Arbetsgivarens/företagets fullständiga namn	Arbetsuppgifter		

2. FRILANSSPAKETET

I Frilanspaketet ingår:

- Livförsäkring (10 pbb)
 - Olycksfallsförsäkring (20 pbb)
 - Sjukförsäkring 1 400 kr/mån (till 65 år)
- + Pensionssparande (minst 500 kr/mån)

Månadskostnad:

- 16–39 år: 79 kr/mån
- 40–54 år: 120 kr/mån
- 55–65 år: 197 kr/mån

Möjliga tillval (se sidan 2):

- Barnförsäkring
- Sjukvårdsförsäkring
- Sjuk- och olycksfallsförsäkring
- Livförsäkring med förtidskapital

Försäkringsgivare för riskförsäkring är Generali PanEurope Limited via Euro Accident.

- Ja, jag vill teckna Frilanspaketet med ovanstående grundskydd.
- Jag vill teckna paketet och välja till försäkringar eller ha andra nivåer och fyller i det på sidan 2.
- Jag vill inte ha paketet ovan utan väljer försäkringar på sidan 2. Sparande väljer jag under punkt 3 nedan.

Vill du ha högre belopp än de som ingår i paketet? Gör så här: Om du vill ha 30 pbb i livförsäkring så ingår 10 pbb i paketet och du lägger alltså till 20 pbb på sidan 2.

3. PENSIONSSPARANDE

- Privat pensionsförsäkring _____ kr/mån (minst 500 kr/mån) Målspara i kapitalförsäkring _____ kr/mån (minst 500 kr/mån)
- Jag sparar redan i en privat pensionsförsäkring och/eller i en kapitalförsäkring i PP Pension.
- Jag vill att PP Pension betalar mitt sparande om jag blir sjuk. Skicka mig information.

Sparandet utbetalas från 65 års ålder under 5 år. Du kan när som helst ändra dina önskemål om utbetalning genom att kontakta oss.

4. FONDBVAL (Se aktuella fonder på ppension.se/fondtorget)

Här väljer du vilka fonder du vill spara i. Gör du inget val placerar vi pengarna i aktiefonden PP Pension Aktiv Förvaltning.

- Ja tack, skicka mig inloggningsuppgifter till PP Pensions Internetkontor så att jag kan byta fonder när jag vill.
Vi skickar användarnamnet till din e-postadress och lösenordet till din folkbokföringsadress.

1.	_____	_____ %
2.	_____	_____ %
3.	_____	_____ %
4.	_____	_____ %
5.	_____	_____ %
Summa (ska alltid vara 100 %)		_____ %

5. ÅTERBETALNINGSSKYDD OCH FÖRMÅNSTAGARE

Återbetalningsskydd innebär att försäkringens värde på dödsfallsdagen utbetalas till insatta förmånstagare vid den försäkrades dödsfall. Ingår inte återbetalningsskydd upphör försäkringen om den försäkrade avlider. Återbetalningsskydd kan läggas till i privat pensionsförsäkring och ingår alltid i kapitalförsäkring.

- Ja, fyll i förmånstagare
- Nej
- Den försäkrades make/maka. Om sådan inte finns, den försäkrades barn.
- Den försäkrades barn. Om barn inte finns, den försäkrades make/maka.
- Jag vill välja andra förmånstagare (gäller endast kapitalförsäkring). Sänd mig blanketten Förmånstagarförordnande. Du kan också hämta blanketten på ppension.se och bifoga den till ansökan.

Observera! Som make/maka räknas även partner med vilken partnerskap har registrerats respektive person som den försäkrade sammanbor med enligt sambolagen (2003:376). Med barn avses arvsberättigade barn i första led.

Var god vänd! Skriv din signatur här om du skriver ut på flera sidor. Glöm inte att skriva under på sista sidan.

8. HÄLSODEKLARATION

Om medförsäkrad tecknar försäkring måste hon/han fylla i en egen hälsodeklaration. Skriv ut en till Hälsodeklaration.

1. Är du fullt arbetsför?

(D.v.s. att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.)

Ja Nej

2. Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare?

(T.ex. sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast eller naprapat etc.)

Ja Nej

Om Ja, vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos?	Beskriv besvären/symptomen med egna ord:
När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad	När behandlades du senast för den aktuella åkomman?
Är du symptomfri? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	Om Ja, när blev du symptomfri? År/månad
Om du inte är symptomfri, vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?	

Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress:

3. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd?

Om Ja, ange vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit sjukbidrag/tidsbegränsad sjukersättning, förtidspension/sjukersättning, aktivitetsersättning eller liknande samt ange sjukdom/skada. Ange sjukskrivningsperiod och diagnos så noggrant som möjligt.

Ja Nej

Fr.o.m.	T.o.m.	Diagnos
Fr.o.m.	T.o.m.	Diagnos

4. Använder du någon receptbelagd medicin?

Om Ja, ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare:

Ja Nej

5. Ange längd och vikt:

cm kg

6. Röker du?

Ja Nej

7. Har du, har du haft, eller finns misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, skada eller annat kroppsfel? Gäller även HIV. Ange även syn- och hörsselfel.

Om Ja, ange vad:

Ja Nej

Uppgifterna i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla.

Datum	Personnummer	Underskrift	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------	-------------------

Var god vänd! Skriv din signatur här om du skriver ut på flera sidor. Glöm inte att skriva under på sista sidan.

POSTADRESS: BOX 6419, 113 82 STOCKHOLM BESÖK: NORRTULLSGATAN 5, STOCKHOLM
TEL KUNDCENTER: 020-29 90 50 E-POST: KUNDCENTER@PPPENSION.SE TEL VÄXEL: 08-729 90 50 FAX: 08-728 00 09 HEMSIDA: PPPENSION.SE
FÖRSÄKRINGSGIVARE TRADITIONELL FÖRSÄKRING - PP PENSION FÖRSÄKRINGSFÖRENING ORG.NR: 802005-5573 STYRELSENS SÄTE: STOCKHOLM
FÖRSÄKRINGSGIVARE FONDFÖRSÄKRING - PP PENSION FONDFÖRSÄKRING AB ORG.NR: 516406-0237 STYRELSENS SÄTE: STOCKHOLM

9. AUTOGIROMEDGIVANDE

Clearingnummer	Kontonummer	Kontoförande bank och ort
----------------	-------------	---------------------------

MEDGIVANDE TILL BETALNING VIA AUTOGIRO

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning till denne på viss dag ("förfalldagen") via Autogiro. 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 samt 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.

BESKRIVNING

Allmänt

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, förfalldag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfalldagen. 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

10. INFORMATION ENLIGT PERSONUPPGIFTLAGEN (PUL)

Personuppgifter som lämnas i denna ansökan eller som registreras i övrigt i samband med förberedelse för eller administration av detta uppdrag behandlas av PP Pension Fondförsäkring AB och av andra bolag som vi samarbetar med eller kan komma att samarbeta med för administration och fullgörande av ingångna avtal samt vidtagande av åtgärder som du begärt innan och efter avtal träffats. Detta kan bland annat omfatta uppgifter om kontakter mellan bolaget och dig, till exempel noteringar av frågor, klagomål etcetera samt uppgifter om eventuella företrädare och om hur avtalet fullgörs. PP Pension Fondförsäkring AB har vidare, enligt lag, skyldighet att i vissa fall lämna ut personuppgifter till annan, till exempel vissa myndigheter.

11. UNDERSKRIFT

De uppgifter som lämnas i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet mellan mig och PP Pension Fondförsäkring AB samt Generali PanEurope Ltd. Jag har tagit del av försäkringens förköpsinformation och villkor och jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag har vidare tagit del av de fondfaktblad som tillhandahålls av PP Pension. Jag förstår också att jag bär den finansiella risken för värdeutvecklingen i de fonder som jag har valt. Jag har tagit del av villkoren för autogiro och godkänner dessa. Jag är medveten om att endast den som arbetar i mediebranschen eller är gift/sambo med en försäkrad i PP Pension Fondförsäkring AB eller PP Pension Försäkringsförening kan teckna försäkring. Försäkringsgivare för riskförsäkring är Generali Pan Europe Limited via Euro Accident.

Datum	Personnummer	Underskrift	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------	-------------------

Sänd in originalansökan till PP Pension Fondförsäkring AB, Box 6419, 113 82 Stockholm

POSTADRESS: BOX 6419, 113 82 STOCKHOLM BESÖK: NORRTULLSGATAN 5, STOCKHOLM
 TEL KUNDCENTER: 020-29 90 50 E-POST: KUNDCENTER@PPENSION.SE TEL VÄXEL: 08-729 90 50 FAX: 08-728 00 09 HEMSIDA: PPPENSION.SE
 FÖRSÄKRINGSGIVARE TRADITIONELL FÖRSÄKRING – PP PENSION FÖRSÄKRINGSFÖRENING ORG.NR: 802005-5573 STYRELSENS SÄTE: STOCKHOLM
 FÖRSÄKRINGSGIVARE FONDFÖRSÄKRING – PP PENSION FONDFÖRSÄKRING AB ORG.NR: 516406-0237 STYRELSENS SÄTE: STOCKHOLM

Fullmakt för inhämtande av medicinsk information - endast i samband med ansökan om Livförsäkring

För att Euro Accident ska kunna bedöma och reglera en eventuell skada behöver vi i vissa fall mer information om vad som har orsakat skadan. För att vi ska kunna inhämta sådan information behöver vi ditt samtycke. Denna fullmakt gäller för skadereglering i händelse av dödsfall. Fullmakten ska undertecknas vid tecknande av livförsäkring och sändas in tillsammans med försäkringsansökan.

Genom undertecknande av denna fullmakt lämnar jag mitt samtycke till att, i händelse av dödsfall, läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna Euro Accident, eller de företag Euro Accident eventuellt anlitar för skadereglering, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som Euro Accident, försäkringsgivaren eller de företag som Euro Accident anlitar för skadereglering, behöver för att reglera skadan.

Ort och datum

Personnummer

Underskrift