

Anställd försäkringsförmedlare (för- och efternamn)		Ombud nr	Distrikt nr	Hälsodeklaration, endast för fast premie	
				<input type="checkbox"/> Bifogas	<input type="checkbox"/> Skickas direkt
Förmedlarföretaget, Fonus, orgnr 702000-1298, är registrerat hos Bolagsverket för följande verksamhet: Livförsäkring. För kontroll av registrering, kontakta www.bolagsverket.se . Fonus Begravningsförsäkring förmedlas uteslutande för Folksam Ömsesidig Livförsäkring enligt avtal. Folksam är ansvarigt för ren förmögenhetsskada som orsakats av förmedlaren.					
Försäkringstagare					
Efternamn, tilltalsnamn			Personnummer (10 siffror)		
Utdelningsadress			Telefon bostad (även riktnr)		
Postnr och ortnamn			Telefon arbete (även riktnr)		
Sökt försäkring					
<input type="checkbox"/> Fast (Obs! Hälsodeklaration)		Försäkringsbelopp kronor		<input type="checkbox"/> Flex	
Premie					
Betalas fr o m		Kronor per betalningstillfälle			
Betalning					
Premie					
Betalingstermin					
<input type="checkbox"/> Löpande	<input type="checkbox"/> Engång	<input type="checkbox"/> Helår	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Kvartal	<input type="checkbox"/> Månad (endast autogiro)
<input type="checkbox"/> Autogiro (om autogiro redan finns ska konto inte anges)					<input type="checkbox"/> Inbetalningskort
Bankens namn		Clearingnr	Konto nr		
Om annan betalare, ange namn och personnummer.					

Förmånstagarförordnande för försäkring

Förmånstagar är försäkringstagarens dödsbo. Om du önskar annan förmånstagar än dödsboet måste du skriva ett särskilt förordnande. Läs mer i förköpsinformationen.

Jag har tagit del av förköpsinformation samt autogirovillkor. Obs! Finansiell rådgivning har inte skett.

Förmedlarföretaget erhåller ersättning från Folksam när försäkringsavtal ingås.

Underskrift

Genom de uppgifter jag lämnat ansöker jag om Fonus Begravningsförsäkring. Jag bekräftar att uppgifterna är fullständiga och sanna och jag vet att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag medger även att vid autogirering får uttag ske från ovan angivet konto.

Ort och datum	Namn
---------------	------

Fonus använder databehandling för kundregistrering och för information om Fonus/Folksam's tjänster och produkter. Kunduppgifter lämnas ej ut till andra än Fonus och Folksam.

<input type="checkbox"/> Avtalet tecknat på distans.	<input type="checkbox"/> Ansökan mottagen personligen vid tecknandet.
<input type="checkbox"/> Jag har kontrollerat sökandes identitet. Om svensk id-handling saknas ska kopia av uppvisad id-handling bifogas.	Id-handlingens nummer _____

Pantförskrivning

Försäkringen pantförskrivs till Fonus, ekonomisk förening, fortsättningsvis Fonus, som säkerhet för Fonus fordran för utförda tjänster föranledda av den försäkrades frånfälle.

Fonus äger rätt att vid den försäkrades död lyfta hela försäkringsbeloppet utan iakttagande av vad som enligt lag gäller ifråga om realisationer av pant och att i det så erhållna beloppet få sin fordran täckt. Överstiger utfallande försäkringsbelopp Fonus fordran åligger det Fonus att utbetala överskottet till den försäkrades dödsbo, som är förmånstagar.

Att tänka på innan du fyller i hälsodeklarationen!

Varje fråga ska besvaras självständigt samt kompletteringar lämnas i förekommande fall. All vård, behandling, undersökning, kontroll samt sjukskrivning mer än 14 dagar i följd ska uppges. Ingen egen värdering får göras av uppgifternas betydelse för försäkringsbolaget.

De uppgifter som du lämnar ligger till grund för avtalet och kommer att registreras och arkiveras hos Folksam. Med Folksam avses det eller de bolag i Folksamgruppen som du tecknar försäkringsavtal med. Folksamgruppen är Folksam ömsesidig sakförsäkring och Folksam ömsesidig livförsäkring med dotterbolag.

Uppgifterna ska lämnas personligen av den som ska försäkras.

Vilken utredning som görs eller vilka handlingar som tas in vid tecknandet beror på de skriftliga uppgifter som lämnas i hälsodeklarationen.

För att få teckna försäkring krävs att man är stadigvarande bosatt, folkbokförd samt befinner sig i Sverige.

Om sjuk-, olycksfalls- eller premiebefrielseförsäkring söks måste den sökande vara fullt arbetsför (se definition vid fråga 7 nedan).

Uppgifterna ska lämnas personligen och blanketten fyllas i av den som ska försäkras. Beträffande genetisk undersökning och genetisk information, se information på sid 1.

Obs! Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Svensk lag tillämpas på försäkringsavtalet.

Hälsodeklaration gällande:			
<input type="checkbox"/> Folksam ömsesidig livförsäkring/fondförsäkringsaktiebolag/ömsesidig sakförsäkring		<input type="checkbox"/> Förenade Liv Gruppörsäkring AB	
1. Namn		Personnummer	
2. Yrke och bransch		3. Längd, cm	4. Vikt, kg
5. Är du stadigvarande bosatt och folkbokförd i Sverige? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej *		6. Har du varit bosatt i Sverige eller inom Norden de senaste två åren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej *	
* Om du svarat "Nej" på fråga 5 kan försäkring inte sökas.		* Om du svarat "Nej" på fråga 6 kan endast försäkring som inte kräver hälsodeklaration sökas.	
7. Är du fullt arbetsför? För att anses som fullt arbetsför ska man utan inskränkningar kunna fullgöra sitt vanliga arbete/skolgång. Fullt arbetsför är inte den som helt eller delvis har sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, skadelivränta, vårdbidrag, handikappersättning eller liknande ersättning, eller har anpassad skolgång, anpassat arbete eller lönebidragsanställning.			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om du svarar "Ja" på fråga 8-16 ska kompletterande uppgifter lämnas på nästa sida.			
8. Har du eller misstänker du att du har något symptom, skada, sjukdom, annat kroppsfel eller handikapp?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9. Kontrolleras eller behandlas du för pågående eller tidigare sjukdom, symptom, skada, annat kroppsfel eller handikapp?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
10. Har du under de senaste fem åren kontaktat, vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?(gäller även kiropraktor, naprapat, sjukgymnast, psykolog etc)			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
11. Är det planerat att du ska genomgå någon operation eller har du något annat besök planerat hos läkare eller annan sjukvårdspersonal?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
12. Har du under de senaste fem åren varit sjukskriven/arbetsoförmögen helt eller delvis mer än 14 dagar i följd?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13. Har du eller har du haft sjukbidrag, förtidspension, livränta, handikappersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning, anpassat arbete, anpassad skolgång (till exempel särskola, stödundervisning med mera)?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
14. Har du de senaste fem åren kontrollerats/behandlats för eller haft besvär med:			
A. Astma, allergi, hörsnuva, lungsjukdom, hudsjukdom?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
B. Tumör/cancer, blodsjukdom?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
C. Leder eller muskler (exempelvis fibromyalgi)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
D. Rygg, nacke, axlar/skuldror, höfter?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
E. Onormal trötthet, snarkproblem?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
F. Missbruk av alkohol, narkotika, dopningspreparat eller läkemedel?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
G. Neurologisk sjukdom (epilepsi, MS, förlamning med mera)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
H. Inflammatorisk mag/tarmsjukdom?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
I. Nervösa besvär, ångest eller psykisk sjukdom, utbrändhet, ätstörning, utmattningssyndrom eller trötthetssyndrom?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
J. Högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom eller diabetes?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
K. Struma		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
15. Har du eller har du haft något synfel/ögonsjukdom?		Om "Ja", ange vilket synfel/ögonsjukdom. Vid närsynthet över 6 dioptrier, ange dioptritalet. Vid tveksamhet bifoga kopia av senaste glasögonrecept	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
16. Har du sökt läkare, annan sjukvårdspersonal eller hörselklinik för nedsatt hörsel, hörselskada eller tinnitus?		Om "Ja", vilket hörsselfel har du?	Använder du hörapparat?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", är felet:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
		<input type="checkbox"/> Ensidigt <input type="checkbox"/> Dubbelsidigt	

Fonus Begravningsförsäkring

Om du har svarat "Nej" på fråga 7 eller "Ja" på frågorna 8-16 på sidan 2 eller "Ja", på fråga 18 på denna sida ska frågorna A-H nedan kompletteras var för sig.

Personnummer

	Ange frågans nummer från sid 2 i kolumnen här nedan. (varje sjukdom, skada med mera var för sig)		
	Nr:	Nr:	Nr:
A. Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vad var/är anledningen till undersökningen?			
B. När insjuknade/skadades du? Ange datum (år, mån, dag)			
C. När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du senast?			
D. Vilken läkare eller vårdgivare har du anlitat? Ange klinik, mottagning och fullständig adress			
E. Vilken behandling har du genomgått? Operation, samtalsterapi med mera			
F. Har du kvarstående men eller besvär, vilka?			
G. Ange period då du varit sjukskriven/arbetsoförmögen			
H. Sedan när är du symtomfri? ange år, månad, dag			

17. Har du genomgått hälsokontroll under de fem senaste åren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja", besvara frågorna här bredvid	Ange anledningen till hälsokontroll		Ange eventuell bakomliggande sjukdom
	Resultat av hälsokontrollen		annat resultat:
	<input type="checkbox"/> Utan anmärkning		
	Var gjordes hälsokontrollen? Ange fullständig adress		
18. Använder du regelbundet någon medicin och/eller receptbelagd hudsalva? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja", besvara frågorna här bredvid samt frågorna A-H ovan	Vilken/vilka mediciner?		Anledning till medicinering?
	Receptskrivande läkares namn		
	När och var gjordes kontrollen? Ange fullständig adress		
19. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
20. Har du lämnat blodprov för HIV-test? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja", besvara frågorna här bredvid	Om "Ja", när och var lämnades prov?		
	Resultat? <input type="checkbox"/> Ej smittad <input type="checkbox"/> Smittad		

Underskrift

Undertecknad är ensam ansvarig för att samtliga frågor har besvarats fullständigt, samvetsgrant och sanningsenligt enligt följande

Ansökan

Härmed förklarar jag att lämnade uppgifter och svar är fullständiga och sanna. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig samt att uppgift som inte lämnats på denna blankett inte kan åberopas av mig.

Försäkring önskas enligt bolagets försäkringsvillkor och i ansökan lämnade uppgifter.

Jag medger att bolaget och/eller återförsäkringsbolaget får arkivera ansökningshandlingarna oavsett om försäkring beviljas eller inte.

Fullmakt

Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal (gäller även kiropraktor, naprapat, sjukgymnast, psykolog med flera), sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, annan kommunal/statlig verksamhet samt bolag i Folksamgruppen får lämna bolaget de upplysningar, journaler, registerutdrag, handlingar, intyg med mera som bolaget anser sig behöva för att kunna handlägga denna försäkringsansökan, bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden.

Jag medger även att bolaget får vidarebefordra informationen till sitt återförsäkringsbolag.

Ort och datum

Försäkrads namnteckning

Försäkrads namnförtydligande

Tejpa här

Vik ihop

Porto
betalt

Fonus
Svarspost 110467600
Box 1715
110 43 Stockholm

www.fonus.se

På fonus.se hittar du mer information om begravning och gravsten. Här kan du skapa trygghet för anhöriga eller dig själv, hedra någon som avlidit eller veta mer om arv. Du har även möjlighet att läsa dödsannonser från hela landet och spara Vita Arkivet digitalt.

www.begravningsplaneraren.se

För din hjälp vid planering och beställning av begravning.

www.familjensjurist.se

Fonus samarbetar med Familjens jurist. På familjensjurist.se finner du svaren på dina frågor om familjejuridik.

FONUS

Vi finns, om du behöver oss