



Polisen

PM

Försäkringar

Signerad av

Signerad datum

Enhet

Polisregion Syd, Utredning 2 PO S Skåne

Dokument

5000-K122335-16

LINDS TINGSRÄTT

2016-10-27

Uppgiftslämnare

Bergqvist, Anna

Datum

2016-04-12

Tid

16:15

Beslag verkställt

Nej

Material för analys

Nej

 INKOM: 2016-10-27
 ALNR: B 517-16
 AKTBIL: 87

Mottaget

Mottaget datum

Tid

Sätt på vilket uppgift lämnats

Upprättad av

Anna Bergqvist

Uppgiften avser

sammanställning av försäkringar för paret Liebler

Uppgift

Undertecknad har skickat ut förfrågan om Gregor och Cecilias privata försäkringar till en rad försäkringsbolag. Detta har gjorts dels genom direkta mail till vissa försäkringsbolag, dels genom "Larmtjänst" som i sin tur kontakter en stor mängd försäkringsbolag. Bolagen har fått höra av sig oavsett om det funnits försäkringar eller inte.

De bolag som hört av sig att det finns försäkringar är Trygg Hansa, Skandia, Ikano, SEB och Folksam. Nedan följer en sammanfattande redovisning av dessa försäkringar. I de fall det finns handlingar som är aktuella, bifogas de detta pm.

Skandia

I Skandia finns en tjänstepensionsförsäkring via Shurgard Sweden AB som var Gregors arbetsgivare. Utfallet är 420 kronor / månad. Denna utbetalning ska ske månadsvis från 2016-02-01 till och med 2036-01-01. Förmånstagare är make/sambo och därefter den försäkrades barn. Till denna försäkring anmäler företaget nyanställda. De får då automatiskt en pensionsförsäkring. Det är företaget som skrivit under den blanketten.

Ikano

I Ikano finns ett aktivt betalskydd kopplat till Gregors kreditkort på Shell via Ikano bank. Vid dödsfall ersätter de eventuell skuld på kortet. Detta kreditkort har kreditgräns på 30.000 kronor och är upplagt 2015-08-16. Signerat via bankid från Nordea. Det bank-id:t tillhör Gregor enligt vad man ser på Ikano. Den totala skulden på kortet 2016-02-16 är 30796.80 kronor.

Cecilia har ett låneskydd kopplat till lån på Ikano bank. Samma ersättningssätt där. Skulden är 2016-04-13 på 15847 kronor på det ena lånet (ursprungligen 50.000 kronor). Ansökan kom skriftligen och betalades ut 2012-10-06. Den andra skulden är 2016-04-13 på 30338 kronor (ursprungligen 150.000 kronor). Detta inkom via låneförmedlaren Lendo. Lånet betalades ut 2010-08-17.

Folksam

Via Folksam finns två olika försäkringar på Gregor. Den ena är en familjepension som

arbetsgivaren betalar ut. Det är inget som Gregor tecknat själv utan något som ingått i anställningen. Den betalas ut enligt följande:

Familjepension efter avlidne Gregor Liebler, utbetalas till maka och barn tom 20 års ålder (generellt förordnande) gäller följande:

Makan får grundbelopp 16 063 kr/år tom det yngsta barnet fyllt 20 år (2016-02 tom 2024-02)

därefter är grundbeloppet 21 417 kr/år (from 2024-03) livsvarigt (1 785 kr/mån)

och 3 omtydiga barn (under 20 år) får dela på grundbelopp enligt nedan:

Från 2016-02 tom 2020-06 18 204 kr/år (3 fnt)

Från 2020-07 tom 2022-03 16 063 kr/år (2 fnt)

Från 2022-04 tom 2024-02 11 779 kr/år (1 fnt)

När Familjepension endast utbetalas till barn under 20, blir grundbeloppen högre, med en annan procentuell fördelning av det högsta grundbeloppet enligt ovan.

Till detta hade Gregor ett eget tillval för att öka sin pension genom fondförsäkringar. Denna ansökan skickade han in 1998. Vid ansökan var förmånstagare i första hand barnen, i andra hand make/sambo. I februari 2012 skickade han in ett nytt förordnande där det generella förordnandet åter ska gälla, det vill säga i första hand make/sambo och i andra hand barnen. Papper som finns gällande detta ligger som bilaga 1 till detta pm. Den betalas ut enligt följande:

Till detta tillkommer återbetalningsskydd från fondförsäkringar (tjänste- och privat pension)

Förmånstagare enligt det generella, dvs maka/sambo i första hand. I andra hand barn, oavsett ålder (dvs 5 st, i lika delar)

-001 (Tjp) Belopp inkl. återbäring 30 607 kr/år utbet tid 5 år (tom 2021-01)

-002 (P) 41 870 kr/år

Det finns även en grupplivsförsäkring via Folksam. Detta är något som Gregor har via sin inbetalning till sitt fackförbund, Svenska Kommunalarbetsförbundet. Det ingår i deras paketpris. Det är ett fast belopp på 320.000 kronor som betalas ut till förmånstagare.

Trygg hansa

På Gregor finns hem/villa-försäkring, bilförsäkring samt en livförsäkring. Försäkringsbelopp på livförsäkringen är 500.000 kronor. Generellt standardförordnande, det vill säga i första hand make/maka. Ansökan om livförsäkringen undertecknades 2005-04-28 med Cecilia som betalare. Enligt premiespecifikationen är betalningsperioden för denna försäkring 2015-05-01 till 2016-04-30. Ingenting är utbetalt.

2007-03-14 inkom en ny ansökan om försäkring vid ekonomisk invaliditet med ett belopp på 500.000 kronor. Den är annullerad 2014-12-01.

På Cecilia finns en sjuk- och olycksfallsförsäkring, en livförsäkring på 500.000 kronor, grupp-försäkring – personalens sjukvårdsförsäkring samt tre stycken sjuk- och olycksfallsförsäkringar för barnen. På Cecilias livförsäkring gäller make/maka som förmånstagare. Den första försäkringen i de handlingar vi fått tecknades 2005-04-28 och gällde till 2005-10-01. 2005-09-05 tecknade Cecilia en ny försäkring som enligt information verkar ha ersatt två gamla försäkringar.

Som en del i försäkringen Trygga barn som finns på barnen, ingår det att försäkringsbolaget betalar premien på barnens försäkring fram till dem fyller 18 år om den ena föräldern avlider.

Samtliga handlingar som inkommit från Trygg Hansa bifogas detta pm som bilaga 2.

SEB

Gregor hade en pensionsförsäkring sedan 1991 i SEB pension & försäkring. Den har gjorts om två gånger och under tiden bytt försäkringsnummer en gång. Försäkringen har efterlevandeskydd och ska betalas ut till förmånstagare med för närvarande 1235 kronor i månaden i 15 år. Sista utbetalning är 2031-01-30. Förmånstagare är i första hand maka och i andra hand barn. Förmånstagarförordnandet gäller från det att försäkringen gjordes om 1992 och har inte ändrats sedan dess. 2016-01-01 var pensionskapitalet på försäkringen 180849 kronor.

Cecilia har två tjänstepensionsförsäkringar i SEB pension & försäkring. Försäkringarna administreras av Skandikon så SEB kan inte se vilka företag som betalar för premierna. SEB har heller inga kopior på ansökningshandlingar eller på förmånstagarförordnandena. Värdet på de båda försäkringarna är 2016-05-13 på 72140 respektive 55682 kronor.

Samtliga handlingar som inkommit från SEB bifogas detta pm som bilaga 3.



ANSÖKAN OM PRIVAT PENSIONS FÖRSÄKRING

 PNR
646

Namn

Gregor Peter Lohler

Adress

PENSIONS FÖRMÅNER

Markera det eller de alternativ som skall gälla.



Pension enligt förslag nr

500kr alternativt

*

*Se
baksida*

Pension enligt förslag nr



Pension enligt förslag nr



Nytt förslag önskas med följande ändringar

Pensionsålder: (55 – 70 år)

Utbetalningstid: (5 – 10 år)

Engångspremie: kronor

FÖRMÅNSTAGARE TILL ÅTERBETALNINGSSKYDD/FAMILJEPENSION



I första hand make (sambo), i andra hand den försäkrades barn.



Make (sambo) och den försäkrades barn.



I första hand den försäkrades barn, i andra hand make (sambo).

Om förmånstagare i första hand inte finns, eller, helt eller delvis avstår från sin rätt, inträder de som enligt förordnandet står i andra hand.

Om sambo, fyll i dennes namn och personnummer.

Sambos namn:

Sambos personnummer:

Om annat förordnande önskas, kontakta KPs informationstjänst

Underskrift av sökande:

Mursholm den *24/5 - 98**Gregor Lohler*

Underskrift

 POSTADRESS
 BOX 2207
 103 15 STOCKHOLM

 KONTOR
 STORA NYGATAN 27
 GAMLA STAN

 TELEFON
 08 - 613 37 00

 POSTGIRO
 511 54 - 3

 BR 1144
 02 - 94

* Hej Sara

Jag vill inte låda mig till när jag
börjar ta ut beloppet efter fyllda 55år.

Jag vill hellre inte ange på hur lång tid
det ska ske. Jag vill bara vara tydlig om
det är så att detta måste anges.

Jag antar att det är förslag nr 3
i brochyren som du räknat på?

Ling mig innan du verkställer
det här så jag kan ta över på min
frågor.

med vänlig hälsning

Ingemar Liebler

**ANMÄLAN OM AUTOGIRO FÖR PRIVAT PENSIONS FÖRSÄKRING****PERSONUPPGIFTER:**

Försäkrads namn:

Gregor Liebler

Personnummer:

62

Telefon (dagtid):

KONTOINFORMATION:**A. Bankkonto:**

Bankens namn:

Nordbanken

Bankens clearingnr:

Kontonummer:

B. Personkonto:

Personkonto nr:

VILLKOR FÖR AUTOGIRO

Kontohavaren lämnar härmed medgivande att uttag får göras från det angivna kontot på begäran av och för överföring till KP. Uttag får göras för betalning av pensionsförsäkringar.

Uttag får göras tidigast den 28:e i varje månad. Banken är inte skyldig att pröva behörigheten av begärda uttag. Redovisning av gjorda uttag sker med kontoutdrag på sätt som gäller för kontot.

Kontohavaren förbinder sig gentemot såväl KP som banken att hålla tillräckligt belopp tillgängligt på kontot. Vid försummelse förbinder sig kontohavaren att på uppkommet skuldsaldo utge ränta och avgifter enligt gällande regler.

KP svarar för riktigheten av betalningarna och återbetalar vid anfordran vad som felaktigt kan ha uttagits från betalarens konto.

Uttag från kontot sker första gången då försäkring enligt insänd ansökan beviljats och därefter varje månad till försäkringens avtalade slutbetalningstidpunkt uppnåtts eller 5 dagar efter det att medgivandet återkallats hos KP eller hos kontohavarens bankkontor.

UNDERSKRIFT

Jag medger att uttag får göras från det konto som anges i ansökan på begäran av och för överföring till Kooperationens Pensionskassa enligt "villkor för autogiro" som jag tagit del av. Uttaget skall avse premie för försäkring enligt insänd ansökan.

Datum

Kontohavarens namnteckning

Kontohavarens personnummer
(om annan person än försäkrad)*980624 Gregor Liebler*

E03/ b2

Folksam ANKOM HK '12-03-07**Ändrat förmånstagarförordnande
för individuell försäkring**

E 03

- Läs informationen på nästa sida innan blanketten fylls i.
- Fyll i ett av alternativen.
- Ifyllnad och undertecknad blankett skickas till Folksam.
- Registrerat förordnande bekräftas av Folksam.

Förordnandet ska gälla följande försäkring/försäkringar

Försäkring nummer 01-603 042	Försäkring nummer
Försäkring nummer	Försäkring nummer

Namn Gregor Liebler	
-------------------------------	--

Alternativ 1

☐ Förmånstagare ska vara i första hand mina arvsberättigade barn, i andra hand min make, registrerade partner eller sambo
--

Alternativ 2

☐ Förmånstagare ska vara min make, registrerade partner eller sambo 50 % och mina arvsberättigade barn 50 %

Alternativ 3

☒ Det generella förordnandet ska åter gälla för min försäkring
--

Alternativ 4

☐ Förmånstagare ska vara (ange namn, personnummer och relation till dig nedan)		
i första hand, namn	Personnummer (10 siffror)	Relation till mig
i andra hand, namn	Personnummer (10 siffror)	Relation till mig

I den mån detta förordnande vid inträffat dödsfall inte kan verkställas enligt sin lydelse, ska det generella förordnandet gälla.

Underskrift

Ort och datum Härnäs 2012-03-20	
Den försäkrades underskrift Gregor Liebler	Namntryckande Gregor Liebler

S 11236 11-10

Folksamns noteringar

"605" frnt 04 ny / [Signature] 2012-03-26	Koll ok / 2012-04-16
--	-----------------------------



Från
Lars Dahlberg,
SKADOR, Olycksfall

Dokumentnamn
Notering

Sida
1 (1)

Ärende
Gregor Liebler / Cecilia Liebler

Datum
2016-04-11

Referens

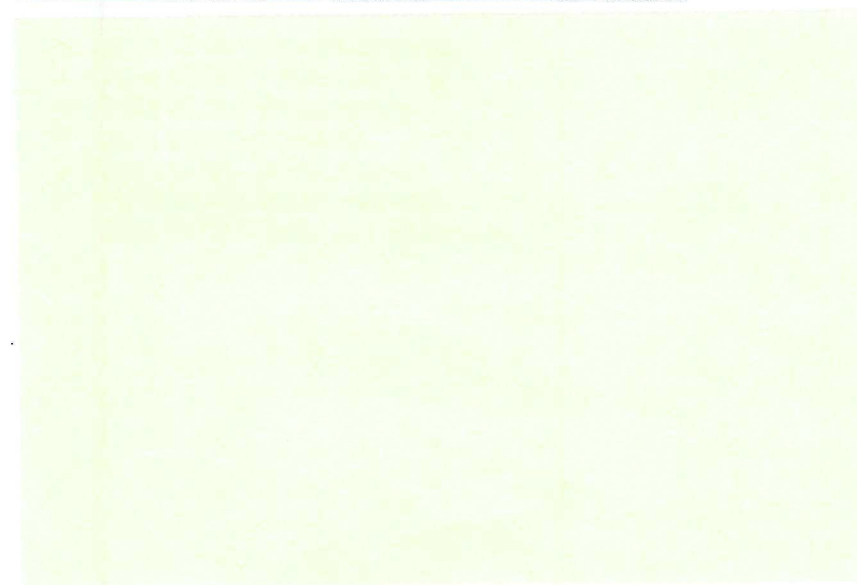
Gregor Liebler – försäkringar i Trygg-Hansa

- Hem/villa försäkring
- Bilförsäkring
- Livförsäkring (med maken Cecilia Liebler som försäkringstagare/avisat)
 - Försäkringsbelopp 500 000 kr
 - Generellt standardförordande (make/maka, registrerad partner, sambo etc)

Cecilia Liebler – försäkringar i Trygg-Hansa

- Sjuk- och Olycksfallsförsäkring Trygg-Vuxna
 - Livförsäkringsbelopp 500 000 kr
 - Generellt standardförordande (make/maka, registrerad partner, sambo etc)
- Gruppörsäkring – Personalens sjukvårdsförsäkring
- Tre st sjuk- och olycksfallsförsäkringar för barn, TryggaBarn, för de tre barnen

Cecilia Liebler – anmälda ärenden till sjukvårdsförsäkringen



HOLMIA LIVFÖRSÄKRING**PREMIESPECIFIKATION****Datum** 2015 03 21**Premiespecifikation för Livförsäkring**

Försäkringsnummer	95 705 064 144
Försäkrad/Ägare	Liebler, Gregor, 62
Trygg-Hansa betalservice nr	991041738
Betalningsperiod	2015 05 01 - 2016 04 30
Premie	1 237 kr

Beloppet dras via autogiro för den period du valt

Vid beräkning av premien har vi tagit hänsyn till följande:
Anställning i Trygg-Hansa

Betalning

Du väljer själv det betalningssätt som passar dig och om du vill betala per helår, halvår eller månad. Väljer du att dela upp din betalning tillkommer en administrativ avgift. Vi värnar om miljön och rekommenderar därför att du som kund i stället väljer e-faktura.

Kontakta oss

Har du frågor eller funderingar är du välkommen att ringa oss på 0771-111 600. Vi har öppet alla dagar 07-21. Du kan också besöka www.trygghansa.se

Med vänlig hälsning
Trygg-Hansa

HOLMIA LIVFÖRSÄKRING**FÖRSÄKRINGSBREV**

Liebler, Cecilia

Försäkringsbrev för Livförsäkring**LIVFÖRSÄKRING**

Försäkringsgivare för livförsäkringen är Holmia Livförsäkring AB. Holmia Livförsäkring AB är ett helägt dotterbolag till Trygg-Hansa Försäkringsaktiebolag (publ) och har organisationsnummer 516401-6510.

För försäkringen gäller allmänna villkor 81:5. De fullständiga villkoren kan du läsa på www.trygghansa.se eller beställa hos Kundservice.

Försäkringsnummer	95 705 064 144
Försäkrad	Liebler, Gregor, 62
Försäkringsperiod	2015 05 01 - 2016 04 30
Pris per helår	1 237 kr

För säkerhets skull ber vi dig kontrollera att våra uppgifter stämmer överens med dina önskemål. Hör av dig om det är något du vill ändra.

ERSÄTTNING LÄMNAS FÖR:**FÖRSÄKRINGSBELOPP**

Livförsäkring

500 000 kr

FÖRMÅNSTAGARE TILL DÖDSFALLSERSÄTTNINGEN

- * I första hand make/maka, registrerad partner, sambo.
- * I andra hand arvsberättigade barn.
- * Om samtliga ovan angivna personer saknas, övriga arvingar.



FÖRSÄKRINGSBREV

Liebler, Cecilia

Försäkringsbrev för TryggaVuxna

SJUK- OCH OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

För försäkringen gäller allmänna villkor 81:5. De fullständiga villkoren kan du läsa på vår hemsida www.trygghansa.se eller beställa hos Kundservice.

Försäkringsnummer	95 705 111 161
Försäkrad	Liebler, Cecilia, 69
Försäkringsperiod	2015 09 01 - 2016 08 31
Pris per helår	3 601 kr

För säkerhets skull ber vi dig kontrollera att våra uppgifter stämmer överens med dina önskemål. Hör av dig om det är något du vill ändra.

ERSÄTTNING LÄMNAS FÖR:

FÖRSÄKRINGSBELOPP

Vid sjukdom och olycksfall

Medicinsk invaliditet vid olycksfall	559 000 kr
-Högsta ersättning för medicinsk invaliditet	1 677 000 kr
Medicinsk invaliditet vid sjukdom	559 000 kr
-Högsta ersättning för medicinsk invaliditet	1 677 000 kr
Händelseförsäkring	55 900 kr
Förstahjälpersättning	600 kr
Sjukhusvistelse, per dag	250 kr
Rehabilitering och hjälpmedel, upp till	50 000 kr
Livförsäkring	500 000 kr
Kris	ingår
Sjuk- och olycksfallshjälp	3 000 kr

Endast vid olycksfall

Läke-, tandskade- och resekostnader vid olycksfall	ingår
Merkostnader vid olycksfall	ingår
Vanprydande ärr vid olycksfall	ingår

Tilläggförsäkring

Ekonomisk invaliditet vid olycksfall	559 000 kr
Ekonomisk invaliditet vid sjukdom	559 000 kr
Månadersersättning	ingår ej

FÖRMÄNSTAGARE TILL LIVFÖRSÄKRINGEN

- * I första hand make/maka, registrerad partner, sambo.
- * I andra hand arvsberättigade barn.
- * Om samtliga ovan angivna personer saknas, övriga arvingar.



PREMIESPECIFIKATION

Datum 2015 07 21

Premiespecifikation för TryggaVuxna

Försäkringsnummer	95 705 111 161
Försäkrad	Liebler, Cecilia, 69
Trygg-Hansa betalservice nr	991041738
Betalningsperiod	2015 09 01 - 2016 08 31
Premie	3 601 kr

Beloppet dras via autogiro för den period du valt

Vid **beräkning** av premien har vi tagit hänsyn till följande:
Anställning i Trygg-Hansa

Betalning

Du väljer själv det betalningssätt som passar dig och om du vill betala per helår, halvår eller månad. Väljer du att dela upp din betalning eller att betala via pappersfaktura tillkommer en administrativ avgift. Vi värnar om miljön och rekommenderar därför att du som kund i stället väljer e-faktura.

Vid sen betalning av premien tar vi ut en påminnelseavgift på 50 kr.

Kontakta oss

Har du frågor eller funderingar är du välkommen att ringa oss på 0771-111 600. Vi har öppet alla dagar 07-21. Du kan också besöka www.trygghansa.se

Med vänlig hälsning
Trygg-Hansa

Livförsäkring

Försäkringen ersätter

Om den försäkrade avlider under tid då försäkringen är i kraft.

Försäkringen ersätter inte

Dödsfall efter årsförfallodagen efter fyllda 65 år.

Försäkringsgivare för livförsäkringen är Holmia Livförsäkring AB.

Ersättningsens storlek

Livförsäkringsbeloppet är angivet i försäkringsbrevet.

För sjukdom eller olycksfallsskada orsakad av atomkärnreaktion, utan samband med militär verksamhet i vilken den försäkrade är sysselsatt, är försäkringsersättningen begränsad till totalt högst 200 000 kronor per försäkrad oavsett om försäkrad omfattas av försäkringsskydd enligt flera försäkringar i Trygg-Hansa.

Vem som erhåller ersättningen

Ersättningen utbetalas till den försäkrades dödsbo, om inte särskilt förmånstagarförordnande har anmälts till Trygg-Hansa. Särskild blankett finns att beställa hos Trygg-Hansa.

TRYGG VUXEN

Ankomstdatum **ANKOM**

2005-04-28

Trygg-Hansa
Malmö☒ Ny ansökan☐ Højning

Kan sökas mellan 18 och 54 år

Ansökan avläses maskinellt v.v. texta

Försäkrad (efternamn, förnamn)

LIEBLER GREZOR

Försäkringsnummer

Personnummer (ÅÅÅÅ)

1 9 6 2

☒ Svenskt ☐ Annat, ange vilket:

Folkbokförd i Sverige sedan år:

Yrke eller förvärfvsmässig sysselsättning

DISTRICTMANAGER

Arbetsgivarens/egna företagets namn och bransch

SAURCEO SWEDEN AB

Fyll i önskat försäkringsbelopp Välj alternativ 1 eller 2

☐ Försäkringsbelopp 700 000 kr

Maxersättning 2 100 000 kr

Livförsäkring 50 000 kr

☐ Försäkringsbelopp 500 000 kr

Maxersättning 1 500 000 kr

Livförsäkring 50 000 kr

☐ Försäkringsbelopp 300 000 kr

Maxersättning 900 000 kr

Livförsäkring 50 000 kr

Tillägg till ovanstående paketalternativ

Invaliditet vid olycksfall

☐ 100 000 kr☐ 200 000 kr☐ 300 000 kr☐ 400 000 kr☐ 500 000 kr

Højning av livförsäkring

000 kr (lägsta belopp 50 000 kr maxbelopp 1 000 000 kr) Totalbelopp:

Månadersättning vid långvarig sjukskrivning, 3 mån karenstid (OBS! För att välja 1 500 kronor måste din inkomst vara över 15 000 kr/mån).

☐ 500 kr☐ 1 000 kr☐ 1 500 kr☐ 2 000 kr

För att välja 2 000 kronor måste din inkomst vara över 20 000 kr/mån).

Enbart livförsäkring

 500

000 kr (lägsta belopp 50 000 kr maxbelopp 1 000 000 kr) Totalbelopp: 500 000

Markera hur du vill betala premien

☐ Helår ☐ Helår, autogiro ☐ Halvår ☒ Månad, autogiro ☐ Trygg-Hansakonto finns, nr☐ Jag medger att Trygg-Hansa automatiskt får föra över betalningarna från mitt konto

Bank

Clearingnummer (4 siffror)

Kontonummer

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)

Namnteckning kontoinnehavare

Betalare om annan än försäkrad

Namn/Företag

Cecilia Liebler

Person-/orgnr

6 9

Säljarens uppgifter

☐ Eventuellt offertbesked till säljaren☐ Kunden vill jämföra övriga sakförsäkringar

Säljkod

7 3 3 7 1

Önskar kunden framflyttad begynnelse dag?

ÅÅMMDD

Årsförfallomån

Säljarens namn

Cecilia Liebler

Bedömning

Sjuk ☐ N

Sign

Riskbedömares stämpel (datum och namn)

Liv ☐ N

Obs! Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Varje fråga ska besvaras.

P365:3

8. Är du närsynt? Om ja, är dioptritalet -8,0 eller mer	☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja
9. Har du något annat synfel/ögonsjukdom? Om ja, ange vilket synfel du har	☐ Nej ☐ Ja
10. a) Har du något hörsselfel (om Ja, besvara även b)? Vilket hörsselfel har du? Är felet: ☐ dubbelsidigt ☐ ensidigt Vilken sida? ☐ höger ☐ vänster b) Har hörselundersökning utförts? (Besvaras endast om du har något hörsselfel) Om ja, bifoga kopia av audiogram Var och när kontrollerades du senast, ange fullständig adress	☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja
11. Använder du regelbundet någon medicin? a) vilken/vilka? b) anledning till medicineringen? c) receptskrivande läkare? d) när och var gjordes kontroll senast?	☐ Nej ☐ Ja
12. Röker du?	☐ Nej ☐ Ja
13. Har du eller har du haft sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, lönebidrag, handikappersättning eller livränta? a) vilket? b) orsak? c) under vilka tider?	☐ Nej ☐ Ja
14. Har du fått invaliditetsersättning för någon sjukdom/skada? (tidigare skada kommer att undantas i försäkringen) a) ange kroppsskada/diagnos b) ange invaliditetsgrad	☐ Nej ☐ Ja
15. Har du haft eller har du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete? (t ex lättare eller skyddat arbete) a) vilket? b) orsak? c) under vilka tider?	☐ Nej ☐ Ja
16. Har du av hälsoskäl eller på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp (inkl förståndshandikapp) erhållit särskilt anpassad utbildning (t ex gått i särskola)? a) av vilket skäl? b) vilken utbildning?	☐ Nej ☐ Ja
17. Är du fullt frisk och arbetsför?	☐ Nej ☐ Ja
18. Planerar du att vistas utanför Norden längre tid än ett år? a) var ska du vistas? b) när ska du resa? c) längd på vistelsen? d) Avser vistelsen: (Kryssa för det som gäller) Svensk utlandstjänst, tjänst hos utländskt bolag/internationell organisation med fast anknytning till Sverige? ☐ Utlandsstudier, Au-pairarbete ☐ FN/SIDA tjänstgöring eller liknande ☐ Övrigt nämligen ☐	☐ Nej ☐ Ja

19. Ägnar du dig åt någon typ av idrott på elitnivå? Om ja, vilken	☐ Nej ☐ Ja
20. Har du gällande enskild personförsäkring i Holmia/Trygg-Hansa som ska ersättas av denna?	☐ Nej ☐ Ja
21. Har du gällande/sökta personförsäkringar i andra försäkringsbolag, för vilka du fått lämna hälsodeklaration? Om ja, till vilket sammanlagt försäkringsbelopp för	☐ Nej ☐ Ja
a) livförsäkring	
b) sjukförsäkring	
I vilket/vilka försäkringsbolag?	

Barn-/gravidförsäkring finns eller söks i Trygg-Hansa

Ange barnets eller den gravidas personnummer (AAAAAMDD-NR)

(endast ett av eventuellt flera försäkrade barns personnummer behöver anges)

200006202451

Kompletterande uppgifter

Förmånstagare till livförsäkring**Obs! Endast ett av alternativen får användas**

- ☐ Make/maka, sambo, registrerad partner eller, om sådan ej finns, den försäkrades barn eller, om sådana saknas, den försäkrades arvingar. (260)
- ☐ Den försäkrades barn eller, om sådana saknas, make/maka, sambo, registrerad partner eller, om sådan ej finns, den försäkrades arvingar. (261)
- ☐ Make/maka, registrerad partner, sambo och den försäkrades barn eller, om sådana ej finns, den försäkrades arvingar. (262)

Om specifik förmånstagare ska anges i förordnandet, ange namn och fullständigt personnummer/organisationsnummer i fältet för kompletterande uppgifter ovan.

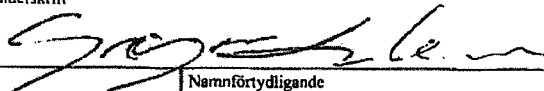
Om förmånstagaren avlidit eller avstår från sin rätt inträder de närmast efter denne berättigade som förmånstagare.

PUL (personuppgiftslagen)

För att kunna riskbedöma samt administrera försäkringar måste Trygg-Hansa samla in personuppgifter och övriga nödvändiga handlingar. Insamlade uppgifter kommer att sparas i Trygg-Hansas datasystem och behandlas enligt Personuppgiftslagen.

Underskrift ansökan Trygg-Hansa tillhanda senast 14 dagar efter underskrift

De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Trygg-Hansa/Holmia de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som bolagen anser sig behöva för att handlägga detta försäkringsärende. Trygg-Hansa/Holmia får dessutom använda tidigare kända uppgifter om mig ur andra av nyss nämnda bolag handlagda försäkringsärenden.

Underskriftsdatum (år, månad, dag)	Underskrift
05.04.28	
Personnummer (AAAAAMDD-NR)	Namn/förtydligande
621	GREGOR LIEBER

TRYGG VUXEN

ANKOM

2007-03-14

Trygg-Hansa
Malmö☒ Ny ansökan☐ Höjning

Kan sökas mellan 18 och 54 år

Ansökan avläses maskinellt v.v. texta

Försäkrad (efternamn, förnamn)

Liebler Gregor

Försäkringsnummer

Personnummer (AAAAA)

1 9 6 2

Telefonnr, bos

0

Telefonnr, arb

0

se

Medborgarskap

☒ Svenskt☐ Annat, ange vilket:

Folkbokförd i Sverige sedan år:

Fyll i önskat försäkringsbelopp Välj alternativ 1 eller 2

Försäkringsbelopp vid medicinsk invaliditet	☐ 900 000 kr	☐ 700 000 kr	☒ 500 000 kr	☐ 300 000 kr
Maxersättning vid medicinsk invaliditet	2 700 000 kr	2 100 000 kr	1 500 000 kr	900 000 kr
Händelseförsäkring	90 000 kr	70 000 kr	50 000 kr	30 000 kr
Livförsäkring	50 000 kr	50 000 kr	50 000 kr	50 000 kr

Valbara tillägg och belopp du kan höja

Ekonomisk invaliditet ☒ (samma försäkringsbelopp som medicinsk invaliditet)

Månadsersättning vid långvarig sjukskrivning, 3 mån karenstid

☐ 1 000 kr (10 000–19 999 kr/mån) ☒ 2 000 kr (20 000–25 999 kr/mån) ☐ 3 000 kr (26 000 kr/mån –)Höjning av försäkringsbelopp vid olycksfall ☐ 000 kr Totalbelopp: (högst 1 200 000 kr totalt)Höjning av livförsäkring ☐ 4,50 000 kr Totalbelopp: 500'000 (högst 2 000 000 kr totalt)

Enbart livförsäkring

☐ 000 kr (lägsta belopp 50 000 kr, maxbelopp 2 000 000 kr) Totalbelopp:

Markera hur du vill betala premien

☐ Helår ☐ Helår, autogiro ☐ Halvår☒ Månad, autogiro ☐ Trygg-Hansakonto finns, nr

7 0 1 9 9 1 0 4 1 7 3 8

☐ Jag medger att Trygg-Hansa automatiskt får föra över betalningarna från mitt konto

Bank

Clearingnummer (4 siffror)

Kontonummer

Personnummer (AAAAAMDD-NR)

Namnteckning kontoinnehavare

Betalt om annan än försäkrad

Namn/Företag

Person-/organisationsnr

Cecilia Liebler

1 9 6 9

Adress

Säljarens uppgifter

☐ Eventuellt offertbjudet till säljaren

Säljkod 59517

Önskar kunden framtida begynnelsebid?

AAAMDD

År för tillägg

Säljarens namn:

Hälsoförklaring

Uppgifterna ska lämnas personligen av den som ska försäkras.

Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig.

Tänk på att svaren på hälsofrågorna är giltiga längst i 14 dagar från underskriftsdatum.

1. Längd och vikt	1,82 cm	80 kg
2. Röker du?	☒ Nej	☐ Ja
3. Använder du regelbundet någon medicin? Vilken/vilka? Anledning till medicineringen? När kontrollerades du senast? Var? Ange fullständig adress	☒ Nej	☐ Ja
4. Är du närsynt? Om ja, är dioptriet -8,0 eller mer	☐ Nej	☒ Ja
5. Har du någon annan ögonsjukdom eller synnedsättning? ☐ Sjukdom, vilken? ☐ Skada p.g.a olycksfall När kontrollerades du senast? Ange år/mån Var? Ange fullständig adress	☒ Nej	☐ Ja
6. Har du något hörsselfel? ☐ Sjukdom, vilken? ☐ Skada p.g.a olycksfall När kontrollerades du senast? Ange år/mån Var? Ange fullständig adress	☒ Nej	☐ Ja

Har du eller har du tidigare haft:

Om du svarar ja på någon av frågorna ska samtliga delfrågor på nästa sida också besvaras.

7. Hjärtsjukdom, bröstsmärta, hjärtklappning eller oregelbunden hjärtverksamhet?	☒ Ja	☐ Nej
8. Stroke, blödning eller annan sjukdom i hjärnan?	☒ Ja	☐ Nej
9. Förhöjt blodtryck eller kärlsjukdom?	☒ Ja	☐ Nej
10. Förhöjda blodfetter?	☒ Ja	☐ Nej
11. Astma, KOL eller annan lungsjukdom?	☒ Ja	☐ Nej
12. Sjukdom i mage, tarm, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan?	☒ Ja	☐ Nej
13. Diabetes?	☒ Ja	☐ Nej
14. Sjukdom i binjurar eller hypofys?	☒ Ja	☐ Nej
15. Sjukdom i njurar eller urinvägar?	☒ Ja	☐ Nej
16. Ledbesvär, muskelbesvär eller reumatisk sjukdom?	☒ Ja	☐ Nej
17. Besvär från rygg, ben, nacke, axlar eller armar?	☒ Ja	☐ Nej
18. Diskbräck?	☒ Ja	☐ Nej
19. SLE (systemisk lupus erythematoses)?	☒ Ja	☐ Nej
20. Tumörsjukdom?	☒ Ja	☐ Nej
21. Blodsjukdom?	☒ Ja	☐ Nej
22. Epilepsi, krampsjukdom eller annan sjukdom i nervsystemet?	☒ Ja	☐ Nej
23. Psykiska besvär eller ätstörning?	☒ Ja	☐ Nej
24. Alkohol-, drog- eller tablettmissbruk?	☒ Ja	☐ Nej
25. Neurologisk sjukdom?	☒ Ja	☐ Nej
26. Sköldkörtelbesvär, hormonell sjukdom eller ämnesomsättningsrubbing?	☒ Ja	☐ Nej
27. Sjukdom/besvär i underlivsorgan eller prostatabesvär?	☒ Ja	☐ Nej
28. Nedsatt lukt- eller smaksinne?	☒ Ja	☐ Nej
29. Hudsjukdom, eksem eller andra hudbesvär?	☒ Ja	☐ Nej

30. Har du eller har du haft (utöver vad du redan besvarat) någon sjukdom, skada eller kroppsfel?	☒ Nej ☐ Ja
31. Har du (utöver vad du redan besvarat) under de senaste fem åren anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal? (Gäller även kiropraktor, naprapat, sjukgymnast, psykolog etc.)	☒ Nej ☐ Ja

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna 7-31 ska du lämna kompletterande uppgifter nedan.
All vård, behandling, undersökning och kontroll ska uppges. Ange frågans nummer och besvara följdfrågorna.

Följd nr	Vilken sjukdom, skada, besvär eller kroppsfel gäller det? Om någon eller väntar någon besvär - ange såda.	När insjuknade, skadades du? Ange år/mån	När undersöktes, behandlades du senast? Ange år/mån	Namn och fullständig adress till anlitad läkare, sjukvårdsinstitution, klinik, mottagning	Vilken behandling har du genomgått? Avser även medicering, mental etc.	Har du kvarstående besvär? Vilka? Resultat av hälsoundersökning?	Sedan när är du symptomfri? Ange år/mån

32. Planerar du att vistas utanför Norden längre tid än ett år? Avser vistelsen UD-tjänstgöring?	☒ Nej ☐ Ja ☒ Nej ☐ Ja
33. Ägnar du dig av någon typ av idrott på elitnivå där mer än hälften av den förvärvsmässiga inkomsten kommer från den idrott som utövas?	☒ Nej ☐ Ja
34. Har du gällande försäkring i Trygg Hansa som ska ersättas av denna?	☐ Nej ☒ Ja

Söker du ekonomisk invaliditet och/eller månadsersättning ska frågorna 35-40 besvaras.

35. Förvärvsmässig sysselsättning <u>STORE MANAGER</u>	Arbetsgivarens/egna företags namn <u>SHURGÅRD SWEDEN AB</u>
36. Har du en pågående sjukskrivning? Fr o m _____ (år, månad) Anledning? _____	☒ Nej ☐ Ja
37. Har du under de senaste fem åren varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? Fr o m (år, månad) T o m (år, månad) Anledning _____ _____ _____	☒ Nej ☐ Ja
38. Har du eller har du haft sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, rehabiliteringsersättning, lönebidrag, handikappersättning eller tivränta? Vilken ersättningsform? _____ Fr o m (år, månad) T o m (år, månad) Anledning _____ _____ _____	☒ Nej ☐ Ja
39. Har du eller har du haft särskilt anpassat arbete (t ex skyddat arbete) eller anpassad utbildning (t ex särskola)? Anledning? _____	☒ Nej ☐ Ja
40. Är du fullt frisk och arbetsför? Om nej, anledning _____	☐ Nej ☒ Ja

Kompletterande uppgifter

Förmånstagare till livförsäkring

- ☒ Make/maka, sambo, registrerad partner eller, om sådan ej finns, den försäkrades barn eller, om sådana saknas, den försäkrades arvingar. (260)
- ☐ Den försäkrades barn eller, om sådana saknas, make/maka, sambo, registrerad partner eller, om sådan ej finns, den försäkrades arvingar. (261)
- ☐ Make/maka, registrerad partner, sambo och den försäkrades barn eller, om sådana ej finns, den försäkrades arvingar. (262)
- ☐ Annat förordnande som anges nedan.
Insätts namngiven person som förmånstagare skall personnummer anges. Insätts mer än en förmånstagare bör fördelningen anges i procent. Ange även vilka personer som ska inträda som förmånstagare om den namngivna avlidit (t ex "om N.N. avlidit, mina arvingar"). (201)

Om förmånstagaren avlidit eller avstår från sin rätt inträder de närmast efter denne berättigade som förmånstagare.

Om förmånstagaren är arvsberättigat barn till försäkringstagaren gäller det i sådant fall till förmån för dennes arvsberättigade barn om inte annat angivits av försäkringstagaren.

Förordnande om enskild egendom och oåterkallelig förmånstagare kan göras på särskild blankett som beställs hos Trygg-Hansa.

PUL (personuppgiftslagen)

För att kunna riskbedöma samt administrera försäkringar måste Trygg-Hansa samla in personuppgifter och övriga nödvändiga handlingar. Insamlade uppgifter kommer att sparas i Trygg-Hansas datasystem och behandlas enligt Personuppgiftslagen.

Om du kryssat i fel svar och korrigerat någon fråga, intyga nedan.

Det korrekta svaret är: Namnunderskrift

Jag har korrigerat svaret på fråga, nr _____

☐ Nej ☐ Ja

Underskrift ansökan Trygg-Hansa tillhanda senast 14 dagar efter underskrift

De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Trygg-Hansa/Holmia de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som bolagen anser sig behöva för att handlägga detta försäkringsärende. Trygg-Hansa/Holmia får dessutom använda uppgifter om mig som är kända från tidigare handlagda försäkringsärenden i bolagen.

Underskriftsdatum (år, månad, dag)	Namnunderskrift	
0.9.03.14	Gregor Liebler	
Personnummer (AAAA-MMDD-NN)	Namn/förtydligande	
1.9.6.2	GREGOR LIEBLER	
Bedömning	Siga	Riskbedömnings stämpel (datum och namn)
Sjuk ☐ N		
Liv ☐ N		

TRYGG VUXEN

Ankom

2005-04-28

Trygg-Hansa
Malmö☒ Ny ansökan☐ Höjning

Kan sökas mellan 18 och 54 år

Ansökan avläses maskinellt v.v. texta

Försäkrad (efternamn, förnamn)

LIEBLER CELILIA

Försäkringsnummer

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NN)

1 9 6 9

Telefonnr, b

Telefonnr, a

☒ Svenskt ☐ Annat, ange vilket:

Yrke eller förvärfvsmässig sysselsättning

KUNDTJÄNST

Arbetsgivarens/egna företags namn och bransch

TRYGG HANSA

Fyll i önskat försäkringsbelopp Välj alternativ 1 eller 2

☐ Försäkringsbelopp 700 000 kr

Maxersättning 2 100 000 kr

Livförsäkring 50 000 kr

☐ Försäkringsbelopp 500 000 kr

Maxersättning 1 500 000 kr

Livförsäkring 50 000 kr

☐ Försäkringsbelopp 300 000 kr

Maxersättning 900 000 kr

Livförsäkring 50 000 kr

Tillägg till ovanstående paketalternativ

Invaliditet vid olycksfall

☐ 100 000 kr☐ 200 000 kr☐ 300 000 kr☐ 400 000 kr☐ 500 000 kr

Höjning av livförsäkring

000 kr (lägsta belopp 50 000 kr maxbelopp 1 000 000 kr) Totalbelopp:

Månadersättning vid långvarig sjukskrivning, 3 mån karenstid (OBS! För att välja 1 500 kronor måste din inkomst vara över 15 000 kr/mån.

☐ 500 kr☐ 1 000 kr☐ 1 500 kr☐ 2 000 kr

För att välja 2 000 kronor måste din inkomst vara över 20 000 kr/mån.

Enbart livförsäkring

 150 000

000 kr (lägsta belopp 50 000 kr maxbelopp 1 000 000 kr) Totalbelopp: 150 000

Markera hur du vill betala premien

☐ Helår ☐ Helår, autogiro ☐ Halvår ☐ Månad, autogiro ☒ Trygg-Hansakonto finns, nr

9 9 1 0 4 1 7 3 8

☐ Jag medger att Trygg-Hansa automatiskt får föra över betalningarna från mitt konto

Bank

Clearingnummer (4 siffror)

Kontonummer

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)

Namnteckning kontoinnehavare

Betalar om annan än försäkrad

Namn/Företag

Person-/organisationsnummer

Adress

Postnummer och ort

Tel dag (inkl riktnummer)

Säljarens upplysningar

☐ Eventuellt offertbesked till säljaren☐ Kunden vill jämföra övriga sakförsäkringar

Säljkod

7 3 3 7 1

Önskar kunden framflyttad begynnelse dag?

ÅÅMMDD

Årsförfallomån

Säljarens namn:

P. H. H. H.

Bedömning

Sjuk ☐ N

Sign

Riskbedömares stämpel (datum och namn)

Liv ☐ N

Obs! Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Varje fråga ska besvaras.

P365:3

P365:3

19. Ägnar du dig åt någon typ av idrott på elitnivå? Om ja, vilken	☐ Nej ☐ Ja
20. Har du gällande enskild personförsäkring i Holmia/Trygg-Hansa som ska ersättas av denna?	☐ Nej ☐ Ja
21. Har du gällande/sökta personförsäkringar i andra försäkringsbolag, för vilka du fått lämna hälsodeklaration? Om ja, till vilket sammanlagt försäkringsbelopp för	☐ Nej ☐ Ja
a) livförsäkring	
b) sjukförsäkring	
I vilket/vilka försäkringsbolag?	

Barn-/gravidförsäkring finns eller söks i Trygg-Hansa

Ange barnets eller den gravidas personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)

(endast ett av eventuellt flera försäkrade barns personnummer behöver anges)

2000006202451

Kompletterande uppgifter

Förmånstagare till livförsäkring

Obs! Endast ett av alternativen får användas

- ☐ Make/maka, sambo, registrerad partner eller, om sådan ej finns, den försäkrades barn eller, om sådana saknas, den försäkrades arvingar. (260)
- ☐ Den försäkrades barn eller, om sådana saknas, make/maka, sambo, registrerad partner eller, om sådan ej finns, den försäkrades arvingar. (261)
- ☐ Make/maka, registrerad partner, sambo och den försäkrades barn eller, om sådana ej finns, den försäkrades arvingar. (262)

Om specifik förmånstagare ska anges i förordnandet, ange namn och fullständigt personnummer/organisationsnummer i fältet för kompletterande uppgifter ovan.

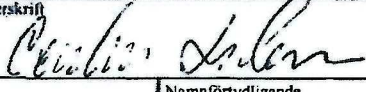
Om förmånstagaren avlidit eller avstår från sin rätt inträder de närmast efter denne berättigade som förmånstagare.

PUL (personuppgiftslagen)

För att kunna riskbedöma samt administrera försäkringar måste Trygg-Hansa samla in personuppgifter och övriga nödvändiga handlingar. Insamlade uppgifter kommer att sparas i Trygg-Hansas datasystem och behandlas enligt Personuppgiftslagen.

Underskrift ansökan Trygg-Hansa tillhanda senast 14 dagar efter underskrift

De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Trygg-Hansa/Holmia de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som bolagen anser sig behöva för att handlägga detta försäkringsärende. Trygg-Hansa/Holmia får dessutom använda tidigare kända uppgifter om mig ur andra av nyss nämnda bolag handlagda försäkringsärenden.

Underskriftsdatum (år, månad, dag)	Underskrift
05.04.2016	
Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)	Namn/förtydligande
691	CECILIA LIEBLER

Försäkringsgivare för livförsäkringen är Holmia Livförsäkrings AB
 Trygg-Hansa Försäkrings AB, Flemingsgatan 18, 106 26 Stockholm, 077-11 11 600
 Internet: www.trygghansa.se

P365:3

TRYGG VUXEN

Ankomstdatum **Lena Ahlin****2005-09-05**☒ Ny ansökan☐ HöjningKan sökas mellan 18 och 54 år
Ansökan avläses maskinellt v.v. texta

Försäkrad (efternamn, förenamn)

LIEBLER

CECILIA

Försäkringsnummer

Personnummer (AAAAA)

1,9,6,9

Telefonnr, bostad även riktnr

Telefonnr, arbete även riktnr

Medborgarskap

☒ Svenskt☐ Annat, ange vilket:

Folkbokförd i Sverige sedan år:

Yrke eller förvärvsmässig sysselsättning

KUND SERVICE

Arbetsgivarens/egna företagets namn och bransch

TRYGG HANSA

Fyll i önskat försäkringsbelopp Välj alternativ 1 eller 2

☐ Försäkringsbelopp 700 000 kr

Maxersättning 2 100 000 kr

Livförsäkring 50 000 kr

☒ Försäkringsbelopp 500 000 kr

Maxersättning 1 500 000 kr

Livförsäkring 50 000 kr

☐ Försäkringsbelopp 300 000 kr

Maxersättning 900 000 kr

Livförsäkring 50 000 kr

Tillägg till ovanstående paketalternativ

Invaliditet vid olycksfall

☐ 100 000 kr☐ 200 000 kr☐ 300 000 kr☐ 400 000 kr☐ 500 000 kr

Höjning av livförsäkring

000 kr (lägsta belopp 50 000 kr maxbelopp 1 000 000 kr) Totalbelopp:

Månadersättning vid långvarig sjukskrivning, 3 mån karenstid (OBS! För att välja 1 500 kronor måste din inkomst vara över 15 000 kr/mån.

☐ 500 kr☐ 1 000 kr☐ 1 500 kr☐ 2 000 kr

För att välja 2 000 kronor måste din inkomst vara över 20 000 kr/mån.

Enbart livförsäkring

000 kr (lägsta belopp 50 000 kr maxbelopp 1 000 000 kr) Totalbelopp:

Markera hur du vill betala premien

☐ Helår ☐ Helår, autogiro ☐ Halvår ☒ Månad, autogiro ☐ Trygg-Hansakonto finns, nr

9,9,1,0,4,1,7,3,8

☐ Jag medger att Trygg-Hansa automatiskt får föra över betalningarna från mitt konto

Bank

Clearingnummer (4 siffror)

Kontonummer

Personnummer (AAAAA-MDD-NR)

Namnteckning kontoinnehavare

Betalare om annan än försäkrad

Namn/Företag

Person-/organisationsnummer

Adress

Postnummer och ort

Tel dag (inkl riktnummer)

Säljarens upplysningar

☐ Eventuellt offerbesked till säljaren☐ Kunden vill jämföra övriga sakförsäkringar

Säljkod 7,3,3,6,7

Önskar kunden framflyttad begynnelse dag?

AAMMDD

Årsförfallomån

Säljarens namn:

Lena Hallenheint

Bedömning

Sjuk ☐ N

Sign

Riskbedömares stämpel (datum och namn)

Liv ☐ N

Hälsöförklaring

Uppgifterna ska lämnas personligen av den som ska försäkras.

Obs! Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Varje fråga ska besvaras.

1. Längd och vikt	1,65 cm	55 kg
2. Har du någon sjukdom, skada eller annat kroppsfel?	☒ Nej	☐ Ja
3. Kontrolleras eller behandlas du för pågående eller tidigare sjukdom, skada eller annat kroppsfel?	☒ Nej	☐ Ja
4. Har du eller har du haft psykiska eller nervösa besvär?	☒ Nej	☐ Ja
5. Har du under de senaste 5 åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral eller annan sjukvårdsinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal? (Gäller även kiropraktor, naprapat, sjukgymnast, psykolog etc.)	☒ Nej	☐ Ja
6. Har du under de senaste fem åren varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? Om ja, ange tidsperiod i kompletterande uppgifter nedan.	☒ Nej	☐ Ja
7. Har du en pågående sjukskrivning?	☒ Nej	☐ Ja

All sjukskrivning mer än 14 dagar i följd, liksom all vård, behandling, undersökning och kontroll ska uppges.
 Detta gäller även för misstanke om HIV-smitta, för psykiska och nervösa besvär samt för alkohol- eller narkotikaproblem.

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna 2-7, eller "Nej" på fråga 7 ber vi dig lämna kompletterande uppgifter nedan.
 Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och undersökningar samt sjukskrivning mer än 14 dagar i följd ska uppges.
 Ange frågans nummer och besvara följdfrågorna.

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?	När insjuknade/skadades du? Ange datum	När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du senast?	Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har du anlitat? Ange även klinik/mottagning, adress med postnummer	Vilken behandling har du genomgått (operation, strålbehandling, medicinering etc)?	Har du kvarstående men eller besvär? Vilka? Resultat av hälso-undersökning?	Sedan när är du symptomfri?

8. Är du närsynt? Om ja, är dioptriet -8,0 eller mer	☐ Nej ☒ Ja ☒ Nej ☐ Ja
9. Har du något annat synfel/ögonsjukdom? Om ja, ange vilket synfel du har	☒ Nej ☐ Ja
10. a) Har du något hörsselfel (om Ja, besvara även b)? Vilket hörsselfel har du? Är felet: ☐ dubbelsidigt ☐ ensidigt Vilken sida? ☐ höger ☐ vänster b) Har hörselundersökning utförts? (Besvaras endast om du har något hörsselfel) Om ja, bifoga kopia av audiogram Var och när kontrollerades du senast, ange fullständig adress	☒ Nej ☐ Ja ☒ Nej ☐ Ja
11. Använder du regelbundet någon medicin? a) vilken/vilka? b) anledning till medicineringen? c) receptskrivande läkare? d) när och var gjordes kontroll senast?	☒ Nej ☐ Ja
12. Röker du?	☒ Nej ☐ Ja
13. Har du eller har du haft sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, lönebidrag, handikappersättning eller livränta? a) vilket? b) orsak? c) under vilka tider?	☒ Nej ☐ Ja
14. Har du fått invaliditetsersättning för någon sjukdom/skada? (tidigare skada kommer att undantas i försäkringen) a) ange kroppsskada/diagnos b) ange invaliditetsgrad	☒ Nej ☐ Ja
15. Har du haft eller har du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete? (t ex lättare eller skyddat arbete) a) vilket? b) orsak? c) under vilka tider?	☒ Nej ☐ Ja
16. Har du av hälsoskäl eller på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp (inkl förståndshandikapp) erhållit särskilt anpassad utbildning (t ex gått i särskola)? a) av vilket skäl? b) vilken utbildning?	☒ Nej ☐ Ja
17. Är du fullt frisk och arbetsför?	☐ Nej ☒ Ja
18. Planerar du att vistas utanför Norden längre tid än ett år? a) var ska du vistas? b) när ska du resa? c) längd på vistelsen? d) Avser vistelsen: (Kryssa för det som gäller) Svensk utlandstjänst, tjänst hos utländskt bolag/internationell organisation med fast anknäring till Sverige? ☐ Utlandsstudier, Au-pairarbete ☐ FN/SIDA tjänstgöring eller liknande ☐ Övrigt nämligen ☐	☒ Nej ☐ Ja

Personnummer:

6.9.

6.9.

Försättsblad ändring

Avtalsnummer:

Kontaktdatum:

Försäkring ska behållas enligt tidigare
omfattning ☐

För underlag, se personnummer:

Beg. dag: / Årsffid: /

Försäkring behålls med ny
omfattning: ☐

Betalningsperiod:

Helår Halvår Kvartal Månad

☐☐☐☐

Invaliditetskapital::-

Dödsfallskapital::-

Långsjukersättning, per mån::-

Ersättning sjukhusvård, per dag::-

Värdersättning, per dag::-

Holmia/Trygg-Hansa förmånskonto
nummer:
.....

Agenturnummer:

Attest av handläggare, samt datum:





Andreas
Andersson/TryggHansa/SE
2005-09-15 14:17

Till box_TH-Sjuk-Olycksfall Ind Adm@Codan
Kopia
Blank
Ärende Re: ang 95705064146 och 95705111161

Hej!

Jo det stämmer!

Med vänlig hälsning

Andreas Andersson
Privatmarknad Säljstöd -Motor



box_TH-Sjuk-Olycksfall Ind
Adm
Sänt av: Yvonne Wallsten
2005-09-15 14:13

Till Andreas Andersson/TryggHansa/SE@Codan
Kopia
Ärende Re: ang 95705064146 och 95705111161

Är avsikten att hon ska ha en OKP med 500 000 kr i inv.kapital och 500 000 kr i dödsfallskapital?
Vi har två ansökningar med lite olika besked.

/Yvonne

Andreas Andersson/TryggHansa/SE



Andreas
Andersson/TryggHansa/SE
2005-09-15 12:25

Till box_TH-Sjuk-Olycksfall Ind Adm@Codan
Kopia
Ärende ang 95705064146 och 95705111161

Hej!

Kan ni slå ihop dessa till en försäkring istället? Det ska bli sammanlagt 500 000:- i liv, tack på förhand!

Med vänlig hälsning

TRYGGHANSAAnsökan
Liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring

1991-06-3

Bransch Försäkring nr 61591037799	FK NYO	DC 1 NY2-6	Ombud/DC 2 23904	Offert nr	Huvudmotiv ☒ 1 = Privat P (Tj) ☐ 4 = Fondförs ☐ 2 = Privat P (R/J) ☐ 5 = Kompanj ☐ 3 = Tjänstepens ☐ 7 = Privat K
---	------------------	----------------------	----------------------------	-----------	---

Försäkrad

Efternamn, tiltalsnamn Bowallius	Person- 62
Utd Gregor	

Medförsäkrad

Efternamn, tiltalsnamn	Personnummer
Relation till den försäkrade (endast vid P-försäkring) ☐ make ☐ sambo ☐ tid make ☒ barn ☐ annan, vilken?	

Ägare om annan än den försäkradeMarkera här om ägaren och den försäkrade är makar ☐

Efternamn, tiltalsnamn/Företag	Person-/Org nr
Utdelningsadress	Postnummer Ort

Premiebetalare om annan än ägaren

Efternamn, tiltalsnamn/Företag	Person-/Org nr
Utdelningsadress	Postnummer Ort

* Markera med x om adressen ej avser folkbokföringsadress

Konto- betalning	TH-konto nr 860513480	IK-konto nr	Telefon- nummer	Försäkrad	Ägare
---------------------	---------------------------------	-------------	--------------------	-----------	-------

Livförsäkring

Anges endast i särskilda fall

Tariffbeteckning	L-förs? Ange Ja eller Nej	Skatte- kate- gori	Försäkringsbelopp/ Terminsbelopp	Premie- betalnings- termin (helår, halvår, kvartal, engång)	Premie per betal- ningstermin/ Engångspremie	Utbetal- ningssätt (helår, halvår, kvartal)	Daterings- dag År, mån	Premie- förfallo- månad	Åb- att
L 1 ELW65HIST	Ja	P		Månad	6000:-				
L 2									
L 3									
L 4									

Konvertering av livförsäkring Försäkring(ar) som skall ingå i nu sökt försäkring. Försäkringsbrev skall bifogas

Rad L	Förs nr (11 siffror)	Rad L	Förs nr (11 siffror)	Rad L	Förs nr (11 siffror)	Rad L	Förs nr (11 siffror)
----------	----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------

Sjukförsäkring

Anges endast i särskilda fall

Tariffbeteckning	Skatte- kate- gori	Månadsbelopp Karens Kronor	Karens Kronor	Risk- klass	Premiebetal- nings- termin (helår, halvår, kvartal)	Daterings- dag År, mån	Premie- förfallo- månad	Ersätter förs nr (11 siffror)

Olycksfallsförsäkring**Ungdomsförsäkring**

Anges endast i särskilda fall

Invaliditetsersättning vid fullständig invaliditet: Belopp/antal basbelopp	Dödsfallsersättning	Risk- klass	Yrkes- förhöjning	Premiebetalnings- termin (helår, halvår)	Daterings- dag År, mån	Premie- förfallo- månad	Ersätter förs nr (11 siffror)

Sysselsättning, medborgarskap

Förvärvsarbete (inkl bisysslor), studielinje, annan verksamhet?

Riskless

Butikschef.

Kommer Du att **resor**

- flyga annat än som passagerare?
- vistas utom Norden för längre period än 12 månader?
- resa till polarkrakterna, tropikerna eller länder med krig eller politiska oroligheter?
- delta i hastighetstävlingar med motorfordon?
- utöva annan riskfylld sport eller sysselsättning? (Ex: Arbete på oljeplattform, djupdykning, proffsboxning, drakflygning, vara stuntman, cirkusartist e dyl.)

Besvaras av icke svensk medborgare

Nationalitet?

Hur länge har Du bott i Sverige?

Vid Ja-svar, v g precisera här

☒ Nej ☐ Ja

Hälsöförklaring

☐ Läkarutlåtande kommer att insändas

Nedanstående hälsofrågor kan — om Du så önskar — besvaras på en separat blankett som insänds i tillslutet kuvert till Trygg-Hansas överläkare, antingen direkt av Dig eller via bolagets representant.

Uppgifterna skall lämnas personligen av den som skall försäkras. Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Varje fråga skall besvaras. Om försäkringen söks med läkarutlåtande skall hälsoförklaringen inte fyllas i. Är den som skall försäkras under 16 år skall uppgifterna lämnas på särskild blankett för barn.

Längd (utan skor)	Vikt (utan kläder)	Kontrolleras eller behandlas Du på grund av någon sjukdom, skada eller handikapp?	☐ Ja* ☒ Nej
1 182 cm	82 kg		
3 Har Du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel? Syn- eller hörsselfel anges under 5h.		☐ Ja* ☒ Nej	
4 Har Du under de senaste 5 åren		a) vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning?	☐ Ja* ☒ Nej
All sjukskrivning mer än 14 dagar i följd, liksom all vård, behandling, undersökning och kontroll skall uppges. Detta gäller även för misstanke om HIV (AIDS-virus)-smitta, för psykiska och nervösa besvär samt för alkohol- eller narkotikaproblem.		b) i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?	☐ Ja* ☒ Nej
		c) varit sjukskriven (helt eller halvt) mer än 14 dagar i följd?	☐ Ja* ☒ Nej

*Om Du svarat "Ja" på någon av frågorna 2, 3 eller 4, lämna kompletterande upplysningar enligt följdfrågorna a - g nedan. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och sjukskrivningar mer än 14 dagar i följd skall uppges.

5a Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?	
5b Under vilka tider var Du sjuk?	
5c När undersöktes, kontrollerades eller behandlades Du?	
5d Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har Du anlitat? Ange klinik, mottagning, avdelning (kir, med, psyk etc).	
5e Vilken behandling har Du genomgått? (Operation, strålbildning, medicinering etc.)	
5f Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?	
5g Sedan när är Du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har Du?	
5h Övriga upplysningar. Vid syn- eller hörsselfel, ange felets art och grad samt om det är ensidigt eller dubbelsidigt. Vid närsynthet ange dioptriet. Är Du tveksam, bifoga kopia av senaste glasögonrecept.	
6 Har Du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test?	☐ Ja ☒ Nej
Vid Ja-svar, ange när och var samt resultat.	
7 Använder Du någon receptbelagd medicin?	☐ Ja ☒ Nej
Vid Ja-svar: Vilken/vilka?	Dosering?
	Receptskrivande läkare?
	Anledning?
8 Har Du handikappersättning, sjukpenning, sjukbidrag, förtidspension eller liknande ersättning?	☐ Ja ☒ Nej
Vid Ja-svar: Vilken/ändra?	Sedan när?
	Orsak?
9 Har Du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning?	☐ Ja ☒ Nej
Vid Ja-svar: På vilket sätt?	Sedan när?
	Orsak?
10 Besvaras av den som inte fyllt 20 år: Har Du av hälsoskäl eller på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp (inkl förstånds-handikapp) erhållit särskild anpassad utbildning (t ex gått i särskola)? Om Ja-svar, vilken utbildning?	☐ Ja ☐ Nej

Tjänstepension. Uppgifterna lämnas av arbetsgivaren. Den anställde är ☐ tjänsteman ☐ arbetare

Arbetsgivare Är företaget skyldigt att bekosta förmåner enligt allmän pensionsplan för den anställde? ☐ Nej ☐ Ja (Om svaret är Ja, får försäkring tecknas endast undantagsvis.) ☐ Företaget bedriver inte skattepliktig verksamhet i Sverige ☐ Företaget förbinder sig att inte yrka avdrag för erlagd premie	Tjänsteman som tillhör frikretsen ☐ Den anställde är VD i företaget ☐ Den anställde äger tillsammans med make och barn minst 1/2 av aktierna. ☐
Arbetare ☐ Den anställde är aktieägare som tillsammans med make, barn och föräldrar äger minst 1/2 av aktierna ☐	Tjänsteman som inte tillhör frikretsen ☐ Den anställde äger tillsammans med make, barn, föräldrar, svär-föräldrar och syskon minst 10 % av aktierna. ☐ Den anställde tillhör en kategori tjänstemän där flertalet redan medgivits försäkring. Ange ett försäkringsnummer 61 — ☐ Bolaget sysselsätter högst nio tjänstemän utöver VD ☐
Nämndfall ☐ Ansökan har gjorts till AMF/ITPG-nämnden. Kopia på beslutet kommer att insändas till Trygg-Hansa. ☐ Utträde har beviljats tidigare. Kopia på beslut finns på Trygg-Hansa. Ange försäkringsnummer 61 —	

Premien för en individuell tjänstepension upphör att vara avdragsgill om den anställde ansluts till allmän pensionsplan. De totala kostnaderna för en anställds pension kan i vissa fall bli högre genom byte av pensioneringsform.

Förmånstagarförordnande Om Du inte bestämt annat, gäller följande:

- Du lyfter själv försäkringspengarna, om Du lever då utbetalning sker.
- Belopp som utbetalas efter Din död tillfaller förmånstagare.
- Förmånstagare får även den återbäring som hör till försäkringen.
- Finns det flera förmånstagare, regleras deras rätt av förmånstagarförordnandet.
- Har någon förmånstagare avlidit eller vill avstå från sin rätt, tillfaller pengarna de närmast berättigade enligt förordnandet.

Markera med "X" i tillämplig ruta! 1. = i första hand, 2. = i andra hand 3. = i tredje hand

Pensionsförsäkring

☐ Make finns	☐ Arvsberättigat barn finns	Uppgift lämnas alltid då make/barn skall vara förmånstagare
☐ 1. Den försäkrades make		EL, EDL, ED, RM, ER*, (RTDR*)
☐ 2. Den försäkrades barn		
☐ Den försäkrades make och barn		EL, RM
☒ 1. Den försäkrades barn		ER*
☐ 2. Den försäkrades make		(RTDR*)
☐ 1. Den försäkrades make och — intill 20 års ålder — den försäkrades barn		EDL
☐ 2. Den försäkrades barn över 20 år		ED (EL)
☐ 1. Den försäkrades barn intill 20 års ålder		(RM)
☐ 2. Den försäkrades make		
☐ 3. Den försäkrades barn över 20 år		
* vid ER och RTDR är barn förmånstagare endast till 20 års ålder		
☐ 1. Den medförsäkrade		RTDR
☐ 2. Den försäkrades barn intill 20 års ålder		RR
☐ Till halva beloppet: 1. Den medförsäkrade		TDR
☐ 2. Den försäkrades barn intill 20 års ålder		RDR
☐ Till resten: 1. Den försäkrades barn intill 20 års ålder		DR
☐ 2. Den medförsäkrade		
☐ 1. Den försäkrades barn intill 20 års ålder		
☐ 2. Den medförsäkrade		

Med barn avses arvsberättigade barn i första led. Skall förmånstagare efter den försäkrades död överta rätten att förfoga över försäkringen (t ex genom ändring) måste det anges nedan.

Vid tjänstepension, som skall ägas av arbetsgivaren, är den försäkrade förmånstagare till ålderspensionen — då sådan ingår — och de personer som ovan angivits till efterlevandepensionen. Arbetsgivaren utfäster sig att inte utan den försäkrades medgivande återkalla förordnandet.

Kapitalförsäkring

Den försäkrade är ägare	
☐ 1. Den försäkrades make	
☐ 2. Den försäkrades arvingar	
☐ 1. Den försäkrades make och barn	
☐ 2. Den försäkrades arvingar	
☐ 1. Den försäkrades barn	
☐ 2. Den försäkrades arvingar	
☐ 1. Den försäkrades barn	
☐ 2. Den försäkrades make	
☐ 3. Den försäkrades arvingar	
Ägare är annan än den försäkrade	
☐ 1. Den försäkrade	
☐ 2. Den försäkrades make	
☐ 3. Den försäkrades arvingar	
☐ 1. Ägarens make	
☐ 2. Ägarens arvingar	
☐ 1. Ägarens barn	
☐ 2. Ägarens arvingar	

Vid försäkring med periodisk (löpande) utbetalning: Skall förmånstagare efter ägarens död överta rätten att förfoga över försäkringen (t ex genom ändring) måste det anges nedan (gäller oavsett ägare).

Vid försäkring med engångsutbetalning där ägaren är annan än den försäkrade: Efter ägarens död övergår rätten att förfoga över försäkringen (t ex genom ändring) till förmånstagaren om inte annat anges nedan.

Förmånstagare till dödsfallsersättning vid olycksfallsförsäkring och till belopp som kan komma att utbetalas efter den försäkrades död vid sjukförsäkring enligt skattekategori K är — om ingen markering gjorts ovan — 1. Den försäkrades make, 2. Den försäkrades arvingar.

Både pensions- och kapitalförsäkring

Annat förordnande då ingen av dessa allmänna formuleringar är lämplig. Så är bl a fallet då annan än make (t ex sambo) eller arvsberättigat barn (t ex styvbarn) skall vara förmånstagare. Här kan även eventuella tillägg göras, t ex om förfoganderätt. För namngiven förmånstagare anges i tur och ordning:
 Efternamn. Tilltalsnamn. Personnummer (10 siffror). Relation till den försäkrade (t ex sambo).

1. _____

2. _____

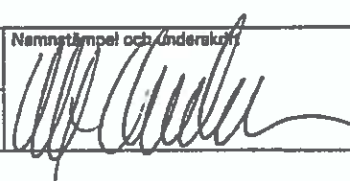
Vid sjukförsäkring: Anställningsförhållanden och sjukförmåner (Vid sjukavbrott erfordras även utredn bl CA3269 eller CA4107)

Jag är				
☐ Anställd	☐ Anställd i eget AB	☐ Rörelseledare	☐ Studerande	☐ Hemmamake
Sjukförmåner				
☐ Enbart allmän försäkring	☐ ITP eller motsvarande	☐ AGS	☐ Statsanställd	☐ Kommun- eller landstingsanställd
☐ Inga sjukförmåner				
Arbetsgivarens/Egna företagets namn och bransch				
Arbetsinkomst kr per månad	Har du nu gällande sjukförsäkringar (inkl gruppsjuk)? Ange i så fall			
	Belopp kr per månad	Karenstid	Skattekategori	Försäkringsbolag

Underskrifter

Av den som skall vara försäkrad	De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.
— Alla försäkringar	Jag medger — att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Trygg-Hansa de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m m som bolaget anser sig behöva för att handlägga denna försäkringsansökan — att de uppgifter som erhålles om mitt hälsotillstånd samt bolagets riskbedömning får delges Återförsäkringsaktiebolaget Sverige.
	☐ Datum ☐ Namnteckning 910527 
Av arbetsgivare vid tjänstepension	Försäkringen avser tjänstepension och vi skall betala premien. Återbetalning av premie på grund av dödsfall eller premiefrielse sker till oss. Om anställningen upphör under premiebetalningstiden återbetalas till oss premie avseende tiden från den första i månaden efter den då anställningen upphörde, dock tidigast från den månad anmälan inkommit till Trygg-Hansa.
— Liv- och sjukförsäkring	De uppgifter vi lämnat i denna ansökan skall läggas till grund för försäkringsavtalet. Vi är införstådda med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd m m, i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga.
Markera med "X" i tillämplig ruta	Försäkring avseende sjukersättning skall ägas av den försäkrade. Försäkring avseende ålders- och/eller efterlevandepension skall ägas av: ☐ Företaget ☐ Den försäkrade Då anställningen upphör har den försäkrade rätt att få försäkringen överlåten till sig själv eller ny arbetsgivare.
	☐ Datum ☐ Firmateckning
Av ägare om denna är annan än den försäkrade	De uppgifter vi lämnat i denna ansökan skall läggas till grund för försäkringsavtalet. Vi är införstådda med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd m m, i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga.
— Livförsäkring (ej tjänstepension) — Sjukavbrott	☐ Datum ☐ Namn/Firmateckning

Fältnans noteringar och underskrift

Ort 			
Datum 910527		Namnstämpel och underskrift 	
HK:s noteringar			
☐ Ru	☐ Restriktion	☒ Normalt	Sign 1991-07-10 INGRI 

LIVFÖRSÄKRINGSBREV

Pensionsförsäkring nr 61 591 037 799

Livsvarig ålderspension med
familjegaranti
Skattekategori P

FÖRSÄKRAD OCH ÄGARE BOWALLIUS, GREGOR PETER, 62
(FÖRSÄKRINGSTAGARE)

PENSIONSBELOPP/ÅR Grundbelopp (före basbeloppsanpassning)
exkl återbäring kr 23 748

PREMIE/ÅR Grundpremie (före basbeloppsanpassning)
vid betalning helårsvis i förskott kr 6 000

VÅRA UTBETALNINGAR

Början 2027 02 08 eller från den försäkrades döds-
fall tidigare

Varaktighet

- 1 Ålderspension till den försäkrade, så länge denne lever.
- 2 Familjegarantin inträder om den försäkrade avlider, innan utbetalningar gjorts i 15 år. Den innebär att utbetalningar ändå sker tills de pågått i sammanlagt 15 år, dock endast så länge någon av den försäkrade insatt förmänstagare lever.

Betalningssätt Månadsvis i efterskott med kr 1 979

Mottagare

Den försäkrade om denne lever, i annat fall förmänstagare.

FÖRMÄNSTAGARE

I första hand den försäkrades barn
I andra hand den försäkrades make
Med barn avses arvsberättigade barn i första led.
Om förmänstagare avlider eller avstår från sin rätt inträder de närmast efter denne berättigade som förmänstagare.

PREMIEBETALNING

Början 1991 08 01

Varaktighet 35 år och 6 mån eller till den försäkrades döds-
fall tidigare.

Betalningssätt Via Trygg-Hansakonto

Premiebefrielse Blir den försäkrade oförmögen till arbete i mer
än 3 månader (karenstiden), inträder rätt till
premiebefrielse enligt punkt D i allmänna vill-
koren.

Anpassning till
ändrat penning-
värde

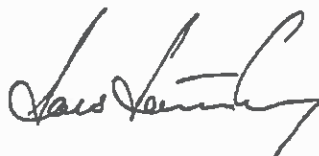
Premien följer ändringar i basbeloppet enligt
lagen om allmän försäkring. Då ändras även
försäkringsbeloppet (pensionsbeloppet). Ändring
sker i anslutning till försäkringens årsdag,
som är varje 1 aug. Första ändringstillfälle är
1992 08 01.

KOMMUNALSKATTELAGEN Försäkringen får inte pantsättas, belånas eller återköpas. Ändring, överlåtelse eller insättande av förmånstagare skall följa kommunalskatte- lagens bestämmelser.

ALLMÄNNA VILLKOR För försäkringen gäller:
- allmänna villkor för livförsäkring av år 1981
- villkor gällande premier och försäkringsbelopp med anknytning till basbelopp.

"DIN LIVFÖRSÄKRING" I häftet "Din livförsäkring", som bifogas och som utgör en del av försäkringsavtalet, finns bl a:
- de villkor som nämnts ovan
- skattebestämmelser
- något om ändringsmöjligheter för främst pensionsförsäkringar
- förklaringar till vissa ord och uttryck

Stockholm 91 07 10
TRYGG-HANSA ömsesidig livförsäkring ELW65H15I



TRYGG HANSA**Ansökan**
Liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring

Bransch Försäkring nr 61592006221	FK Y40	DC 1 85945	Ombud/DC 2 23904	Offert nr	Huvudmotiv ☒ 1 = Privat P (Tj) ☐ 4 = Fondförs ☐ 2 = Privat P (R/J) ☐ 5 = Kompanj ☐ 3 = Tjänstepens ☐ 7 = Privat K
---	------------------	----------------------	----------------------------	-----------	---

Försäkrad

Efternamn, tilltalsnamn Bowallius Gregor	Person 621111111
Utdelningsadress Hälsösv. 4	Postnummer 84043
Ortnamn Hackås	

Medförsäkrad

Efternamn, tilltalsnamn Bowallius Eva Katarina	Person 641111111
Relation till den försäkrade (endast vid P-försäkring) ☒ make ☒ sambo ☐ tid make ☐ barn ☐ annan, vilken?	

Ägare om annan än den försäkradeMarkera här om ägaren och den försäkrade är makar ☐

Efternamn, tilltalsnamn/Företag	Person-/Org nr
Utdelningsadress	Postnummer
Ortnamn	

Premiebetalare om annan än ägaren

Efternamn, tilltalsnamn/Företag	Person-/Org nr
Utdelningsadress	Postnummer
Ortnamn	

* Markera med x om adressen ej avser folkbokföringsadress

Konto- betalning	TH-konto nr 860513 480	IK-konto nr	Telefon- nummer	Försäkrad	Ägare
---------------------	----------------------------------	-------------	--------------------	-----------	-------

Livförsäkring

Anges endast i särskilda fall

Tariffbeteckning	I-förs? Ange Ja eller Nej	Skatte- kate- gori	Försäkringsbelopp/ Terminsbelopp	Premie- betalnings- termin (helår, halv- år, kvartal engång)	Premie per betal- ningstermin/ Engångspremie	Utbetal- ningssätt (helår, halvår, kvartal)	Daterings- dag År, mån	Premie- förfallo- månad	Åb- alt
L1 ELW65H15I	Ja	R			24000,-				
L2									
L3									
L4									

Konvertering av livförsäkring Försäkring(ar) som skall ingå i nu sökt försäkring. Försäkringsbrev skall bifogas

Rad L	Förs nr (11 siffror) 61591037799	Rad L	Förs nr (11 siffror)	Rad L	Förs nr (11 siffror)	Rad L	Förs nr (11 siffror)
----------	--	----------	----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------

Sjukförsäkring

Anges endast i särskilda fall

Tariffbeteckning	Skatte- kate- gori	Månadsbelopp Karens	Kronor	Karens	Kronor	Risk- klass	Premiebetal- nings- termin (helår, halvår, kvartal)	Daterings- dag År, mån	Premie- förfallo- månad	Ersätter förs nr (11 siffror)

Olycksfallsförsäkring**Ungdomsförsäkring**

Anges endast i särskilda fall

Invalideringsersättning vid fullständig invaliditet: Antal basbelopp 10-100	Dödsfallsersättning Antal basbelopp 1-10	Yrkes- förhöjning	Premiebetalnings- termin (helår, halvår)	Daterings- dag År, mån	Premie- förfallo- månad	Ersätter förs nr (11 siffror)

Sysselsättning, medborgarskap

Förvärvsarbete (inkl blysslor), studie/inje, annan verksamhet?		Rätklass
Kommer Du att – flyga annat än som passagerare? – vistas utom Norden för längre period än 12 månader? – resa till polartrakterna, tropikerna eller länder med krig eller politiska oroligheter? – delta i hastighetstävlingar med motorfordon? – utöva annan riskfylld sport eller sysselsättning? (Ex: Arbete på oljeplattform, djupdykning, proffsboxning, drakflygning, vara stuntman, cirkusartist e dyl.) Vid Ja-svar, v g precisera här		Besvaras av icke svensk medborgare Nationalitet? Hur länge har Du bott i Sverige?
☐ Nej	☐ Ja	

Hälsöförklaring☐ Läkarutlåtande kommer att insändas

Nedanstående hälsöfrågor kan – om Du så önskar – besvaras på en separat blankett som insänds i tillslutet kuvert till Trygg-Hansas överläkare, antingen direkt av Dig eller via bolagets representant. Uppgifterna skall lämnas personligen av den som skall försäkras. Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Varje fråga skall besvaras. Om försäkringen söks med läkarutlåtande skall hälsöförklaringen inte fyllas i. Är den som skall försäkras under 16 år skall uppgifterna lämnas på särskild blankett för barn.

Längd (utan skor)	Vikt (utan kläder)	Kontrolleras eller behandlas Du på grund av	
1 cm	kg	2 någon sjukdom, skada eller handikapp?	☐ Ja* ☐ Nej
3 Har Du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel? Syn- eller hörsselfel anges under 5h.		☐ Ja* ☐ Nej	
4 Har Du under de senaste 5 åren		a) vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning?	☐ Ja* ☐ Nej
All sjukskrivning mer än 14 dagar i följd, liksom all vård, behandling, undersökning och kontroll skall uppges. Detta gäller även för misstanke om HIV (AIDS-virus)-smitta, för psykiska och nervösa besvär samt för alkohol- eller narkotikaproblem.		b) i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?	☐ Ja* ☐ Nej
		c) varit sjukskriven (helt eller halvt) mer än 14 dagar i följd?	☐ Ja* ☐ Nej

*Om Du svarat "Ja" på någon av frågorna 2, 3 eller 4, lämna kompletterande upplysningar enligt följdfrågorna a - g nedan. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och sjukskrivningar mer än 14 dagar i följd skall uppges.

5a Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?	
5b Under vilka tider var Du sjuk?	
5c När undersöktes, kontrollerades eller behandlades Du?	
5d Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har Du anlitat? Ange klinik, mottagning, avdelning (kir. med, psyk etc).	
5e Vilken behandling har Du genomgått? (Operation, strålbehandling, medicinering etc.)	
5f Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?	
5g Sedan när är Du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har Du?	
5h Övriga upplysningar. Vid syn- eller hörsselfel, ange felens art och grad samt om det är ensidigt eller dubbelsidigt. Vid närsynthet ange dioptriet. Är Du tveksam, bifoga kopia av senaste glasögonrecept.	
6 Har Du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test? Vid Ja-svar, ange när och var samt resultat.	☐ Ja ☐ Nej
7 Använder Du någon receptbelagd medicin? Vid Ja-svar: Vilken/vilka? Dosering? Receptskrivande läkare? Anledning?	☐ Ja ☐ Nej
8 Har Du handikappersättning, sjukpenning, sjukbidrag, förtidspension eller liknande ersättning? Vid Ja-svar: Vilken/dena? Sedan när? Orsak?	☐ Ja ☐ Nej
9 Har Du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning? Vid Ja-svar: På vilket sätt? Sedan när? Orsak?	☐ Ja ☐ Nej
10 Besvaras av den som inte fyllt 20 år: Har Du av hälsoskäl eller på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp (inkl förstånds-handikapp) erhållit särskild anpassad utbildning (t ex gått i särskola)? Om Ja-svar, vilken utbildning?	☐ Ja ☐ Nej

Tjänstepension. Uppgifterna lämnas av arbetsgivaren. Den anställda är ☐ tjänsteman ☐ arbetare

Arbetsgivare Är företaget skyldigt att bekosta förmåner enligt allmän pensionsplan för den anställda? ☐ Nej ☐ Ja (Om svaret är Ja, får försäkring tecknas endast undantagsvis) ☐ Företaget bedriver inte skattepliktig verksamhet i Sverige ☐ Företaget förbinder sig att inte yrka avdrag för erlagd premie	Tjänsteman som tillhör frikretsen ☐ Den anställda är VD i företaget ☐ Den anställda äger tillsammans med make och barn minst ½ av aktierna. ☐
Arbetare ☐ Den anställda är aktieägare som tillsammans med make, barn och föräldrar äger minst ½ av aktierna ☐	Tjänsteman som inte tillhör frikretsen ☐ Den anställda äger tillsammans med make, barn, föräldrar, svär-föräldrar och syskon minst 10 % av aktierna. ☐ Den anställda tillhör en kategori tjänstemän där flertalet redan medgivits försäkring. Ange ett försäkringsnummer 61 – ☐ Bolaget sysselsätter högst nio tjänstemän utöver VD ☐
Nämndfall ☐ Ansökan har gjorts till AMF/ITPG-nämnden. Kopia på beslutet kommer att insändas till Trygg-Hansa. ☐ Utträde har beviljats tidigare. Kopia på beslut finns på Trygg-Hansa. Ange försäkringsnummer 61 –	
Premien för en individuell tjänstepension upphör att vara avdragsgill om den anställda ansluts till allmän pensionsplan. De totala kostnaderna för en anställds pension kan i vissa fall bli högre genom byte av pensioneringsform.	

Förmånstagarförordnande Om Du inte bestämt annat, gäller följande:

- Du lyfter själv försäkringspengarna, om Du lever då utbetalning sker.
- Belopp som utbetalas efter Din död tillfaller förmånstagare.
- Förmånstagare får även den återbäring som hör till försäkringen.
- Finns det flera förmånstagare, regleras deras rätt av förmånstagar-förordnandet.
- Har någon förmånstagare avlidit eller vill avstå från sin rätt, tillfaller pengarna de närmast berättigade enligt förordnandet.

Markera med "X" i tillämplig ruta! 1. = i första hand, 2. = i andra hand 3. = i tredje hand

Pensionsförsäkring

☒ Make finns	☒ Arvsberättigat barn finns	Uppgift lämnas alltid då make/barn skall vara förmånstagare
☒ 1. Den försäkrades make	EL, EDL, ED, RM, ER*, (RTDR*)	
☐ 2. Den försäkrades barn		
☐ Den försäkrades make och barn	EL, RM	
☐ 1. Den försäkrades barn	ER*	
☐ 2. Den försäkrades make	(RTDR*)	
☐ 1. Den försäkrades make och – intill 20 års ålder – den försäkrades barn	EDL	
☐ 2. Den försäkrades barn över 20 år	ED	
☐ 1. Den försäkrades barn intill 20 års ålder	(IEL)	
☐ 2. Den försäkrades make	(RM)	
☐ 3. Den försäkrades barn över 20 år		
* vid ER och RTDR är barn förmånstagare endast till 20 års ålder		
☐ 1. Den medförsäkrade	RTDR	
☐ 2. Den försäkrades barn intill 20 års ålder	RR	
☐ Till halva beloppet: 1. Den medförsäkrade	TDR	
☐ 2. Den försäkrades barn intill 20 års ålder	RDR	
☐ Till resten: 1. Den försäkrades barn intill 20 års ålder	DR	
☐ 2. Den medförsäkrade		
☐ 1. Den försäkrades barn intill 20 års ålder		
☐ 2. Den medförsäkrade		

Med barn avses arvsberättigade barn i första led. Skall förmånstagare efter den försäkrades död överta rätten att förfoga över försäkringen (t ex genom ändring) måste det anges nedan.

Vid tjänstepension, som skall ägas av arbetsgivaren, är den försäkrade förmånstagare till ålderspensionen – då sådan ingår – och de personer som ovan angivits till efterlevandepensionen. Arbetsgivaren utfäster sig att inte utan den försäkrades medgivande återkalla förordnandet.

Kapitalförsäkring

Den försäkrade är ägare	
☐ 1. Den försäkrades make	
☐ 2. Den försäkrades arvingar	
☐ 1. Den försäkrades make och barn	
☐ 2. Den försäkrades arvingar	
☐ 1. Den försäkrades barn	
☐ 2. Den försäkrades arvingar	
☐ 1. Den försäkrades barn	
☐ 2. Den försäkrades make	
☐ 3. Den försäkrades arvingar	
Ägare är annan än den försäkrade	
☐ 1. Den försäkrade	
☐ 2. Den försäkrades make	
☐ 3. Den försäkrades arvingar	
☐ 1. Ägarens make	
☐ 2. Ägarens arvingar	
☐ 1. Ägarens barn	
☐ 2. Ägarens arvingar	

Vid försäkring med periodisk (löpande) utbetalning: Skall förmånstagare efter ägarens död överta rätten att förfoga över försäkringen (t ex genom ändring) måste det anges nedan (gäller oavsett ägare).

Vid försäkring med engångsutbetalning där ägaren är annan än den försäkrade: Efter ägarens död övergår rätten att förfoga över försäkringen (t ex genom ändring) till förmånstagaren om inte annat anges nedan.

Förmånstagare till dödsfallsersättningen vid olycksfallsförsäkring och till belopp som kan komma att utbetalas efter den försäkrades död vid sjukförsäkring enligt skattekategori K är – om ingen markering gjorts ovan – 1. Den försäkrades make, 2. Den försäkrades arvingar.

Både pensions- och kapitalförsäkring

Annat förordnande då ingen av dessa allmänna formuleringar är lämplig. Så är bl a fallet då annan än make (t ex sambo) eller arvsberättigat barn (t ex styvbarn) skall vara förmånstagare. Här kan även eventuella tillägg göras, t ex om förfoganderätt. För namngiven förmånstagare anges i tur och ordning:

Efternamn. Tilltalsnamn. Personnummer (10 siffror). Relation till den försäkrade (t ex sambo).

1. _____
2. _____

Vid sjukförsäkring: Anställningsförhållanden och sjukförmåner (Vid sjukavbrott erfordras även utredn bl CA3269 eller CA4107)

Jag är				
☐ Anställd	☐ Anställd i eget AB	☐ Rörelseledare	☐ Studerande	☐ Hemmamake
Sjukförmåner				
☐ Enbart allmän försäkring	☐ ITP eller motsvarande	☐ AGS	☐ Statsanställd	☐ Kommun- eller landstingsanställd
☐ Inga sjuk-löneformåner				
Arbetsgivarens/Egna företagets namn och bransch				
Arbetsinkomst kr per månad				
Har du nu gällande sjukförsäkringar (inkl gruppsjuk)? Ange i så fall				
Belopp kr per månad	Karenstid	Skatte-kategori	Försäkringsbolag	

Underskrifter

Av den som skall vara försäkrad – Alla försäkringar	De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger – att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Trygg-Hansa de uppgifter, journaler, registerhandlingar, intyg m m som bolaget anser sig behöva för att handlägga denna försäkringsansökan – att de uppgifter som erhålles om mitt hälsotillstånd samt bolagets riskbedömning får delges Återförsäkringsaktiebolaget Sverige. ☐ Datum 9/2020 ☐ Namnteckning <i>[Signature]</i>
Av arbetsgivare vid tjänstepension – Liv- och sjukförsäkring	Försäkringen avser tjänstepension och vi skall betala premien. Återbetalning av premie på grund av dödsfall eller premiefrielse sker till oss. Om anställningen upphör under premiebetalningstiden återbetalas till oss premie avseende tiden från den första i månaden efter den då anställningen upphörde, dock tidigast från den månad anmälan inkommit till Trygg-Hansa. De uppgifter vi lämnat i denna ansökan skall läggas till grund för försäkringsavtalet. Vi är införstådda med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd m m, i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga. Försäkring avseende sjukersättning skall ägas av den försäkrade. Försäkring avseende ålders- och/eller efterlevandepension skall ägas av: ☐ Företaget ☐ Den försäkrade Då anställningen upphör har den försäkrade rätt att få försäkringen överlåten till sig själv eller ny arbetsgivare. ☐ Datum ☐ Firmateckning
Markera med "X" i tillämplig ruta – Livförsäkring (ej tjänstepension) – Sjukavbrott	Av ägare om denne är annan än den försäkrade De uppgifter vi lämnat i denna ansökan skall läggas till grund för försäkringsavtalet. Vi är införstådda med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd m m, i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga. ☐ Datum ☐ Namn/Firmateckning

Fältnans noteringar och underskrift

Ort Östersund			
Datum 9/2020		Namnstämpel och underskrift <i>[Signature]</i>	
HK:s noteringar			
<i>[Handwritten notes]</i>			
☐ Ru	☐ Restriktion	☒ Normalt	Sign <i>[Signature]</i> 1992-02-23



K122335-16 1361

LIVFÖRSÄKRINGSBREV

Pensionsförsäkring nr 61 592 006 221

Livsvarig ålderspension med
familjegaranti
Skattekategori P

FÖRSÄKRAD OCH ÄGARE BOWALLIUS, GREGOR PETER, 62 
(FÖRSÄKRINGSTAGARE)

PENSIONSBELOPP/ÅR Grundbelopp (före basbeloppsanpassning)
exkl återbäring kr 9 768

PREMIE/ÅR Grundpremie (före basbeloppsanpassning)
vid betalning helårsvis i förskott kr 2 400

VÅRA UTBETALNINGAR
Början 2027 02 08 eller från den försäkrades döds-
fall tidigare

Varaktighet 1 Ålderspension till den försäkrade, så länge
denne lever.
2 Familjegarantin inträder om den försäkrade
avlider, innan utbetalningar gjorts i 15 år.
Den innebär att utbetalningar ändå sker
tills de pågått i sammanlagt 15 år, dock
endast så länge någon av den försäkrade
insatt förmånstagare lever.

Betalningssätt Månadsvis i efterskott med kr 814

Mottagare Den försäkrade om denne lever, i annat fall för-
månstagare.

FÖRMÅNSTAGARE I första hand den försäkrades make
I andra hand den försäkrades barn
Med barn avses arvsberättigade barn i första led.
Om förmånstagare avlider eller avstår från sin
rätt inträder de närmast efter denne berättigade
som förmånstagare.

PREMIEBETALNING
Början 1992 02 01
Varaktighet 35 år eller till den försäkrades dödsfall
tidigare
Betalningssätt Via Trygg-Hansakonto

Premiebefrielse Blir den försäkrade oförmögen till arbete i mer
än 3 månader (karenstiden), inträder rätt till
premiebefrielse enligt punkt D i allmänna vill-
koren.

Anpassning till Premien följer ändringar i basbeloppet enligt
ändrat penning- lagen om allmän försäkring. Då ändras även
värde försäkringsbeloppet (pensionsbeloppet). Ändring
sker i anslutning till försäkringens årsdag,
som är varje 1 feb. Första ändringstillfälle är
1993 02 01.

KOMMUNALSKATTELAGEN Försäkringen får inte pantsättas, belånas eller återköpas. Ändring, överlåtelse eller insättande av förmånstagare skall följa kommunalskatte- lagens bestämmelser.

ALLMÄNNA VILLKOR För försäkringen gäller:
- allmänna villkor för livförsäkring av år 1981
- villkor gällande premier och försäkringsbelopp med anknytning till basbelopp.

SÄRSKILT VILLKOR I denna försäkring är inräknat värdet av äldre försäkring med nr 61 591 037 799 som härmed upphör

"DIN LIVFÖRSÄKRING" I häftet "Din livförsäkring", som bifogas och som utgör en del av försäkringsavtalet, finns bl a:
- de villkor som nämnts ovan
- skattebestämmelser
- något om ändringsmöjligheter för främst pensionsförsäkringar
- förklaringar till vissa ord och uttryck

Stockholm 92 04 03
TRYGG-HANSA ömsesidig livförsäkring ELW65H15I

ANKOM
SEB Trygg Liv
2004 -01- 27.

Svarskort

☒ Ja tack, jag vill byta min pensionsförsäkring.

- Ditt befintliga pensionskapital flyttas automatiskt över till din nya försäkring.
- Ingen bytesavgift tas ut.
- Du behåller ditt gamla försäkringsnummer.
- Premierna påverkas inte av bytet.
- Inbetalningarna sker enligt dina tidigare önskemål.
- Så snart vi registrerat ditt byte får du en försäkringsbekräftelse.

Personuppgifter

Gregor Peter Liebler

[Signature]

Försäkringsnummer

61 592 006 221

Underskrift

Ort, datum

[Signature] 2004-01-22

[Signature]

Namn

Gregor Liebler

OBS! Erbjudandet är tidsbegränsat.
Skicka in ditt svarskort senast 2004-02-24.

Försäkringsbekaftelse
Försäkringsnummer 61 592 006 221

Tidsbegränsad ålders-
och familjepension
Skattekategori: Pensionsförsäkring

FÖRSÄKRAD OCH ÄGARE Liebler, Gregor Peter, 62 
(FÖRSÄKRINGSTAGARE)

FÖRSÄKRINGS-
BELOPP/ÅR Försäkringsbelopp
(före indexering) kr 13 656

RÄTT TILL
ÅTERBÄRING/
ÅTERBÄRINGSMETOD Utöver försäkringsbeloppet ger försäkrings-
avtalet rätt till återbäring enligt reglerna
för beloppshöjning.

PREMIE/ÅR Grundpremie (före indexering)
vid betalning helårsvis i förskott kr 2 799

VÅRA UTBETALNINGAR
Början 2027 02 08 eller från den försäkrades dödsfall
tidigare.

Varaktighet 1 Ålderspension till den försäkrade i 15 år om
denne lever.
2 Familjepension inträder om den försäkrade avlider
innan utbetalningar gjorts i 15 år. Den innebär
att utbetalningar ändå sker tills de pågått i
sammanlagt 15 år, dock endast så länge någon av
den försäkrade insatt förmånstagare lever.

Betalningssätt Månadsvis i efterskott med kr 1 138

Mottagare Den försäkrade om denne lever, i annat fall förmåns-
tagare.

FÖRMÅNSTAGARE I första hand den försäkrades make, i andra
hand den försäkrades barn.
Med barn avses arvsberättigade barn i
första led.
Om förmånstagare avlider eller avstår från sin
rätt inträder de närmast efter denne berättigade
som förmånstagare.

PREMIEBETALNING
Början 2004 02 01
Varaktighet 23 år eller till den försäkrades dödsfall
tidigare
Betalningssätt Via SEB Trygg Liv Betalservice

Premiefrielse Blir den försäkrade oförmögen till arbete i mer
än 3 månader (karenstiden), inträder rätt till
premiebefrielse enligt punkt D i allmänna vill-
koren.



K122335-16 1365

- Indexerad premie Premien följer ändringar i prisbasbeloppet enligt lagen om allmän försäkring. Då ändras även försäkringsbeloppet. Ändring sker i anslutning till försäkringens årsdag, som är varje 1 feb. Första ändringstillfälle är 2005 02 01.
- FÖRFOGANDERÄTTSS-
INSKRÄNKNING Försäkringen får inte pantsättas, belånas eller återköpas. Ändring, överlåtelse eller insättande av förmånstagare skall följa inkomstskattelagens bestämmelser.
- ALLMÄNNA VILLKOR För försäkringen gäller:
- allmänna villkor för livförsäkring tecknad före 1 jan 2002
- villkor gällande premier och försäkringsbelopp med anknytning till prisbasbelopp.

Stockholm 04 01 29
SEB Trygg Liv

Anders Mossberg
VD

Bouppteckningsintyg
Försäkring med förmänstagare

K122335-16 1366

106 40 STOCKHOLM TEL 0771-785 100

Detta intyg bör följa
med bouppteckningen**Försäkringsgivare:**Gamla Livförsäkringsaktiebolaget SEB Trygg Liv (publ)
516401-6536Försäkring nr
61 592 006 221**Pensionsförsäkring**

Den försäkrade	Dödsdag
Liebler, Gregor	160130
Försäkringsägare	Dödsdag
Liebler, Gregor	160130
Förmänstagare I första hand den försäkrades make, i andra hand den försäkrades barn. Med barn avses arvsberättigade barn i första led. Om förmänstagare avlider eller helt eller delvis avstår från sin rätt, inträder den som står närmast i tur enligt förordnandet.	
Ett värde Försäkringsbelopp 902 kronor per månad i efterskott och återbäring tillsvidare 333 kronor per månad i efterskott att utbetalas sista gången 310130, dock endast så länge någon förmänstagare lever. Med förmänstagare avses härvid de personer som vid den försäkrades död omfattas av då gällande förmänstagarförordnande. Omräkning av återbäringen sker normalt en gång per år.	

Ovrigt

Förmänstagarförordnandet har kunnat återkallas av försäkringstagaren.

Förmänstagare får inte förfoganderätt till försäkringen.

Observera att ett annat värde kan överenskommas vid bodelning och arvskifte.

ANVISNINGAR**Förmänstagarförsäkring ingår inte i kvarlåtenskapen**

När förmänstagare är insatt, gäller enligt 14 kap 7 § 1:a stycket försäkringsavtalslagen att försäkringen inte ska ingå i försäkringstagarens kvarlåtenskap. Enligt 20 kap 5 § 2:a stycket ärvdabalken ska dock i bouppteckningen lämnas uppgift om försäkringen.

Stockholm 160307