

## 1 Personopplysninger

Forsikringsnr.	<input type="text"/>	Fødselsnr.	<input type="text"/>
Forsikringstakers navn	<input type="text"/>	Telefon dagtid	<input type="text"/>

## 2 Innbetalingsfullmakt

Betalers navn	<input type="text"/>	Fødselsnr.	<input type="text"/>
Jeg gir Skandia Life Norge fullmakt til å belaste:			
mitt kontrnr.	<input type="text"/>	for kr	<input type="text"/>
			<small>(Minimum kr 10.000)</small>
Betalers underskrift	<input type="text"/>	Dato	<input type="text"/>

## 3 Flytting

Er dette flytting fra annet selskap?	Ja <input type="text"/>	Nei <input type="text"/>	Selskapets navn	<input type="text"/>
--------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------	----------------------

Ved flytting av pensjonsavtale med uføredekning må helseerklæring fylles ut. (Vennligst fyll ut fullmakt for innhenting av tilleggsopplysninger)

## 4 Fondvalg (velg enten A eller B)

A. Jeg ønsker samme fondvalg og –fordeling som for siste fondsbytte.

B. Hvis du ønsker nytt fondvalg for denne tilleggsinnbetalingen, før opp ønsket fondvalg her: (maks. 10 fond og minimum 1 % i hvert valgte fond.)

Dersom fondsvalet helt eller delvis ikke lar seg gjennomføre (for eksempel at et fond er stengt), forbeholder Skandia Life Norge seg retten til å la den delen av investeringen bli investert i Skandia Life Norge Rentefond.

Fondets navn:	%
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>

## 5 Erklæring

- (a) Jeg erklærer at jeg har besvart spørsmålene i søknadsskjemaet fullstendig og korrekt og at jeg er fast bosatt i Norge.  
 (b) Jeg anmoder om at beløpet oppgitt i punkt 2 investeres som tilleggsinnbetaling for den någjeldende avtalen med forsikringsnummer som oppgitt i punkt 1.  
 (c) Jeg gir Skandia Life Norge fullmakt til å sende kopi av alle dokumenter sendt til meg i henhold til denne avtalen til min rådgiver.

Forsikringstakers underskrift	<input type="text"/>
Sted	<input type="text"/>
Dato (dag/måned/år)	<input type="text"/>

Dersom forsikringstaker er under 18 år skal skjemaet underskrives av foresatte.

NB. Et brev som bekrefter tilleggsinnbetalingen samt et revidert forsikringsbevis vil bli sendt deg innen 3 uker. Dersom du ikke mottar disse dokumentene innen 3 uker etter at du har undertegnet, vær vennlig å underrette Skandia Life Norge om dette.



Denne siden må fylles ut av forsikringstaker så nøyaktig som mulig. Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt.

## Del A

- Har tidligere søknader om uføredekninger blitt godkjent på annet enn vanlige vilkår?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
- Mottar du regelmessig medisinsk behandling, eller har du noen helseplager, funksjonshemming eller symptomer på dårlig helse?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
- Har du vært til eller venter du på noen medisinske undersøkelser, behandlinger eller konsultasjoner/ henvisninger hos eller til en medisinsk spesialist for noen form for sykdom, skade, tilstand eller hendelse i løpet av de siste 10 årene (mindre forhold slik som forkjølelse/influenza som ikke har trengt mer enn en konsultasjon hos din vanlige lege trenger ikke å bli oppført)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
- Er du for tiden helt eller delvis sykmeldt, på attføring eller ervervsmessig ufør?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

## Del B

- Har du lidd av eller blitt diagnostert for noen av følgende sykdommer: Hjertesykdommer, hjerteattakk, kreft, sukkersyke, depresjon, multipel sklerose?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
- Har du i løpet av de siste ti årene lidd av leddgikt, reumatisme, ryggproblemer, muskelsykdommer eller -lidelser, problemer med skjelett, nerver eller nervesystemet?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
- Har du vært borte fra arbeid som følge av sykdom, ulykke eller andre helsemessige årsaker i mer enn to uker sammenhengende i løpet av de siste fem årene?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Hvis du har svart JA på noen av spørsmålene i del A eller B, vennligst svar på spørsmålene i del C og D:

## Del C

- Nøyaktig diagnose av sykdommen/lidelsen og behandlingen som er gjennomført/foreskrevet *Vennligst spesifiser i del D*
- Dato for diagnose 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------
- Dato for siste utbrudd 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------
- Tid borte fra arbeid 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dager
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------
- Uførhetsgrad etter sykdom/skade 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% ufør
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------

Hvis du har svart JA på noen av spørsmålene i del A eller B, vennligst oppgi navn og adresse på din lege, og gi en mer utfyllende beskrivelse av sykdommen/lidelsen under punkt D.

