

## Underlag för Finansiell Riskbedömning – Fakultativ Återförsäkring Sjukförsäkring, Premiefrielse

### Försäkrad

Förnamn	Personnummer
---------	--------------

### Anställning

Försäkringstagare/arbetsgivare	
Nuvarande yrke/befattning	
Fast avtalad årsinkomst	Rörliga lönedelar (årligt snitt de senaste 3 åren)

### Sökta försäkringar (uppge alla bolag)

Försäkringsgivare	Försäkringstyp	Försäkringsbelopp/mån	Startdatum	Z-ålder

### Befintliga försäkringar

Försäkringsgivare	Försäkringstyp	Försäkringsbelopp/mån	Startdatum	Z-ålder

Ska nu sökt försäkring/försäkringar ersätta någon av de befintliga? Om ja, ange vilken försäkring som ska ersättas

Övrig information

**VÄNLIGEN BIFOGA EN KOPIA AV PENSIONSPLICY OCH ANSTÄLLNINGSAVTAL AVSEENDE FÖRSÄKRINGSFÖRMÅNER SAMT ETT INTYG FRÅN ARBETSGIVAREN OM STORLEK PÅ FAST LÖN**

### Fylls i av Hannover Re Life & Health

Godkänd finansiell riskbedömning*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kumul kontroll	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

\* Om Ja kan försäkringsgivaren inhämta medicinska handlingar för medicinsk riskbedömning