

Ofullständigt ifyllt blankett återsändes.

Avtalsnummer

Personuppgifter (gruppledlems eller medförsäkrads)	
Försäkringstagarens namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefonnr dagtid (även riktnummer)
Postnummer och ort	Telefonnr kvällstid (även riktnummer)

Gruppledlems namn	Gruppledlems personnummer
-------------------	---------------------------

Förmånstagare vid försäkringstagarens dödsfall (endast ett alternativ får användas)	
<input type="checkbox"/> Alt 01 1. Make/sambo, 2. Barn, 3. Arvingar	<input type="checkbox"/> Alt 06 1. Barn, 2. Arvingar
<input type="checkbox"/> Alt 02 1. Make/sambo och barn, 2. Arvingar	<input type="checkbox"/> Alt 07 1. Make/sambo, 2. Arvingar
<input type="checkbox"/> Alt 03 1. Barn, 2. Make/sambo, 3. Arvingar	<input type="checkbox"/> Alt 08 Annat förordnande
<input type="checkbox"/> Alt 04 1. Make/sambo och barn med lika stort belopp till varje förmånstagare, 2. Arvingar
<input type="checkbox"/> Alt 05 Arvingar
Om förmånstagare namnges får endast Alt 08 användas	
<p>Hur skrivs ett förmånstagarförordnande?</p> <ul style="list-style-type: none"> Förordnandet bör utformas så att försäkring inte saknar förmånstagare om förmånstagaren i första hand skulle avlida innan försäkringstidens slut. Om förmånstagare namnges ska även personnumret anges. Ska f d make eller f d sambo vara förmånstagare måste denne anges med namn och personnummer. Detta gäller även styvbarn, fosterbarn samt make/sambos barn. <p>Regler</p> <ul style="list-style-type: none"> Med barn avses bröstarvingar Om make/sambo och barn är förmånstagare gemensamt (02) ska utbetalningen fördelas med hälften till make/sambo och hälften till barn. <ul style="list-style-type: none"> Om förmånstagare helt eller delvis avstår från sin rätt, inträder de som enligt förordnandet hade fått beloppet om den avstående varit avliden. Om detta förmånstagarförordnande inte kan genomföras enligt sin formulering ska förmånstagarförordnandet gälla enligt villkoren. Om förmånstagare i andra hand anmäls och förstahandsförordnande omfattar flera personer ska, om inte annorlunda förordnats, förmånstagare i andra hand inträda i avliden förmånstagarställe först när samtliga förmånstagare i första hand avlidit. <p>Observera att testamente inte kan upphäva eller ändra ett förmånstagarförordnande!</p> <p>För frivillig gruppförsäkring upphör det ändrade förmånstagarförordnandet att gälla när du byter till ett nytt gruppavtal eller till fortsättningsförsäkring. Ovanstående förordnande gäller under förutsättning till rubricerade gruppavtal godkänts av Länsförsäkringar</p>	

Försäkringstagarens underskrift	
Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Blanketten ska skickas in i original, inte via fax !
Blanketten skickas till:
Länsförsäkringar Sak
Affärsområde Hälsa
Gruppliv
106 50 Stockholm

Bekräftelse	
Datum	Namn, handläggare

Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ). org.nr 516401-6692
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ). org.nr 502010-9681

Telefon
08-588 431 50

E-postadress
grupp@lansforsakringar.se

Webb
www.lansforsakringar.se/grupp