

## Obligatorisk uppgift

Kundnummer/Försäkringsnummer

-

## 1. Ändring begärd av

Försäkrads namn		Personnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Postnummer och ort	E-post	

## 2. Förmånstagare

Om du inte har ändrat förmånstagarförordnandet tidigare är förmånstagare

1. Make eller sambo
2. Den försäkrades arvingar.

Vill du ändra förmånstagare fyller du i blanketten och skickar den till oss.

## 3. Vilka får vara förmånstagare?

- Vem som helst får vara förmånstagare.
- Förordnandet bör utformas så att försäkringen inte saknar förmånstagare om förmånstagare skulle avlida före dig.
- Om förmånstagare namnges ska även personnummer anges. Ska före detta make eller sambo vara förmånstagare måste denne anges med namn och personnummer. Detta gäller även styvbarn, fosterbarn samt makes eller sambos barn, styvbarn och fosterbarn.
- Med barn avses bröstarvingar.

Viktig information om förmånstagare finns på baksidan av denna blankett.

## 4. Jag vill ändra förmånstagare på min försäkring. Kryssa för ett av alternativen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Make/sambo 2. Barn 3. Arvingar   | Väljs om make/sambo i första hand ska få beloppet                     |
| <input type="checkbox"/> 1. Make/sambo och barn 2. Arvingar  | Väljs om make/sambo samt barn ska få hälften var av beloppet          |
| <input type="checkbox"/> 1. Barn 2. Make/sambo 3. Arvingar   | Väljs om barn i första hand ska få beloppet                           |
| <input type="checkbox"/> 1. Make/sambo och barn med lika stort belopp till varje förmånstagare 2. Arvingar | Väljs om make/sambo samt barn ska dela lika på beloppet               |
| <input type="checkbox"/> 1. Barn 2. Arvingar   | Väljs om barn i första hand ska få beloppet och make/sambo inte finns |
| <input type="checkbox"/> Arvingar  | Väljs om beloppet ska betalas ut enligt arvsordningen                 |

## 5. Annat förordnande

Du kan välja alternativ 5 om inget av alternativen i punkt 4 passar. Namngivna personer ska kompletteras med personnummer. Fördelning ska anges i procent eller i andelar. För mer information, se baksidan.

<input type="checkbox"/>

## 6. Försäkrads underskrift

Det alternativ som ska gälla har jag markerat med kryss (X). Om detta förordnande inte kan verkställas när jag avlidit, ska förordnandet som står i försäkringsvillkoren gälla. Jag har tagit del av viktig information på baksidan.

Datum	Namn/teckning
-------	---------------

## Ovanstående förordnande är registrerat hos Länsförsäkringar

Datum	Namn, handläggare
-------	-------------------

## Ansökan skickas till

Länsförsäkringar  
Hälsa Kundservice  
Postskanning  
FE 1667  
838 83 Frösön

En kopia kommer att skickas till dig som bekräftar att förordnandet är registrerat. Din ändring gäller under förutsättning att du har rätt att begära den samt att avtalet och försäkringen godkänts av Länsförsäkringar.

## Viktig information

- Om förmånstagare helt eller delvis avstår från sin rätt, inträder de som enligt förordnandet hade fått beloppet om den avstående varit avliden. Den som avstått från sin rätt ska dock inträda som förmånstagare om annan förmånstagare senare saknas. Möjlighet att avstå föreligger bara när den försäkrade avlidit.
- Om förmånstagare i andra hand anmäls och förstahandsförordnande omfattar flera personer ska, om inte annorlunda förordnats, förmånstagare i andra hand inträda i avliden förmånstagares ställe först när samtliga förmånstagare i första hand avlidit.
- Observera att testamente inte kan upphäva eller ändra ett förmånstagarförordnande.

Det är det senaste inskickade förordnandet som gäller och vi kontrollerar inte hur tidigare förordnande är skrivet.

För att det inte ska uppstå osäkerhet om vem du önskar ska få livförsäkringsbeloppet vid utbetalning av försäkringen är det viktigt att blanketten blir ifylld på ett tydligt sätt.

### Så här fyller du i blanketten:

- Rutan högst upp till höger: Kund- eller försäkringsnummer måste fyllas i. Det hittar du i ditt försäkringsbesked.
  - Tänk på att om du har flera livförsäkringar genom Länsförsäkringar, affärsområde Hälsa, så måste du skriva vilken eller vilka försäkringar som ändringen ska gälla för.
- Punkt 1: Alla personuppgifter (namn och personnummer) måste fyllas i.
- Punkt 4: Du får endast välja ett alternativ med ett kryss (X).
  - Inga namn eller personnummer får anges under punkt 4.
- Punkt 5: Passar inte något av alternativen under punkt 4, kan du här namnge vem eller vilka personer som ska vara förmånstagare.
  - Fördelning av försäkringsbeloppet mellan flera förmånstagare får endast anges i procent eller i andelar. Du får inte ange fördelningen i krontal eftersom det kan variera över tid med anledning av att prisbasbeloppen ändras.
  - Om någon av dessa förmånstagare är avliden, ange hur dennes del ska fördelas.
- Punkt 6: Datum och namnteckning måste fyllas i.

Om du har frågor, skicka e-post till [info.halsa@lansforsakringar.se](mailto:info.halsa@lansforsakringar.se) eller ring 08-588 427 00.