

ÄNDRING AV FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE

FYLL I FÖRSÄKRINGENS DEPÅ-
NUMMER HOS AVANZA PENSION:

AVSER KAPITALFÖRSÄKRING

Detta avtal fyller du i och skickar in för att ändra förmånstagare för din kapitalförsäkring. Avser kapitalförsäkring med återbetalningsskydd hos Försäkringsaktiebolaget Avanza Pension med depå hos Avanza Bank AB.

1 FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn (tilltalsnamn, efternamn)	Personnr
--------------------------------	----------

2 ÄNDRING AV FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE

Som förmånstagare kan du välja vem som helst men vi har gjort några färdiga standardförordnanden som du enkelt kan välja mellan genom att kryssa för ett alternativ. TÄNK PÅ:

- Att om du namnger flera förmånstagare kan du också ange fördelningen av återbetalningsskyddet mellan dem. Fördelningen anges i procent. Anges ingen fördelning kommer återbetalningsskyddet att fördelas lika mellan förmånstagarna.
- Att om förmånstagare helt eller delvis avstår från sin rätt, tillträder de som enligt förordnandet hade fått beloppet om den avstående varit avliden.
- Att om giltiga förmånstagare saknas sker utbetalning till dödsboet.
- Att det registrerade förordnandet gäller till dess att nytt skriftligt förordnande anmäls och registrerats hos Avanza Pension.

FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE SOM SKA GÄLLA VID FÖRSÄKRINGSTAGARENS DÖD

Standardförordnande (endast ett alternativ kan väljas. Text får ej ändras eller läggas till)

- Make/maka/registrerad partner/sambo eller, om sådan saknas, barn eller, om sådan saknas, arvingar.
- Barn eller, om sådana saknas, make/maka/registrerad partner/sambo eller om sådan saknas, arvingar.
- Make/maka/registrerad partner/sambo till hälften (50 %) och barn till återstående hälft (50 %). Om make/maka/registrerad partner/sambo saknas erhåller barn hela beloppet. Om barn saknas erhåller make/maka/registrerad partner/sambo hela beloppet. I sista hand arvingar.
- Arvingar.

Specialförordnande (Ifylles **endast** om ingen av standardförordnanden önskas)

- Annat än standardförordnande

Jag vill att mina förmånstagare ska vara nedanstående personer. Samtliga uppgifter är obligatoriska.

Namn	Personnr/Organisationsnr	Andel i %
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Om någon av ovan namngivna förmånstagare inte finns, ska dennes del fördelas lika mellan de kvarlevande förmånstagarna. Om samtliga namngivna förmånstagare inte finns, arvingar.
- Om någon av ovan namngivna förmånstagare inte finns, ska dennes del fördelas lika mellan de kvarlevande förmånstagarna. Om samtliga namngivna förmånstagare inte finns, ska utbetalning ske till:

Namn	Personnr/Organisationsnr	Andel i %
_____	_____	_____

Om samtliga förmånstagare saknas, arvingar.

- Utfallande belopp skall vara förmånstagarens enskilda egendom.

OM FÖRSÄKRINGSTAGAREN ÄR ANNAN ÄN FÖRSÄKRAD

Om försäkringstagare är annan än försäkrad gäller att insatt förmånstagare vid försäkringstagarens död får fri föfoganderätt över försäkringen om inget annat anges.

AVSTÅENDE

Förmånstagare kan helt eller delvis avstå från sin rätt. Rätten övergår då till den/dem som enligt förordnandet är närmast berättigad/e. Den som avstår från sin rätt ska dock inträda som förmånstagare om förmånstagare senare saknas.

3 FÖRSÄKRINGSTAGARENS UNDERSKRIFT

Ort och datum	Namnunderskrift/Namnförtydligande
---------------	-----------------------------------

Har du frågor om hur du ska fylla i blanketten? Ring oss så hjälper vi dig: 08-562 250 00.

AVANZA PENSIONS UNDERSKRIFT

Ort och datum	Försäkringsaktiebolaget Avanza Pension
---------------	--