

ÄNDRING AV FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE

AVSER PENSIONS FÖRSÄKRING & TJÄNSTEPENSIONS FÖRSÄKRING

Detta avtal fyller du i och skickar in för att ändra förmånstagare för din pensionsförsäkring eller tjänstepensionsförsäkring. Avser pensionsförsäkring och tjänstepensionsförsäkring **med** återbetalningsskydd med depå hos Avanza Bank AB.

FÖRSÄKRINGENS DEPÅNUMMER
HOS AVANZA PENSION:

1 FÖRSÄKRINGSTAGARE/FÖRSÄKRAD

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

2 ÄNDRING AV FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE

Som förmånstagare kan du välja maka/make/registrerad partner/sambo, tidigare maka/make/registrerad partner/sambo, barn, styvbarn och fosterbarn.

TÄNK PÅ:

- Om du vill välja tidigare maka/make/registrerad partner/sambo, styvbarn eller fosterbarn ska det anges som specialförordnande. Du måste namnge dessa och även ange relationen, t ex f d maka.
- 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.
- Saknas giltiga förmånstagare sker ingen utbetalning.
- Det registrerade förordnandet gäller tills dess att nytt skriftligt förordnande anmäls och registrerats hos Avanza Pension.

FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE SOM SKA GÄLLA VID FÖRSÄKRADS DÖD

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

- Make/maka/registrerad partner/sambo eller, om sådan saknas, barn.
- Barn eller, om sådana saknas, maka/maka/registrerad partner/sambo.
- Make/maka/registrerad partner/sambo till hälften (50 %) och barn till återstående hälft (50 %).

Specialförordnande (Ifylles om ingen av standardförordnanden önskas)

- Annat än standardförordnande
Jag vill att mina förmånstagare ska vara nedanstående personer. Samtliga uppgifter är obligatoriska.

Namn	Personnr	Relation	Andel i %
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Om angiven/angivna förmånstagare inte finns ska dennes del fördelas enligt nedan. Markera om bara alternativ 1 ska gälla eller om båda ska gälla.

- 1. Om någon av ovan namngivna förmånstagare avlidit, ska dennes del fördelas lika mellan de kvarlevande förmånstagarna.
- 2. Om alla ovan namngivna förmånstagare avlidit ska utbetalning ske till:

Namn	Personnr	Relation	Andel i %
_____	_____	_____	_____

- Utfallande belopp skall vara förmånstagarens enskilda egendom.

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 FÖRSÄKRINGSTAGARES/FÖRSÄKRADS 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
---------------	--

