

Handläggare, telefonnummer	Användarid	Utskriftsdatum	Försäkringskontonummer
Ansvarigt clearingnummer	Postkod	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Företag

Försäkringskonto	Försäkringskontonummer (Om förordnandet gäller flera försäkringar anges alla försäkringsnumren)		
-------------------------	---	--	--

Försäkrad/ Försäkrings- tagare	Efternamn och förnamn		Personnummer
	Utdelningsadress		
	Postnummer	Ort	Telefonnummer

Förmåns- tagare	Ange endast ett alternativ. Väljer du 18, 19 eller 20 får inga strykningar eller tillägg göras. Om annat förordnande önskas ska detta anges under förmånstagarförordnande 99.
<input type="checkbox"/>	18 (7) Förmånstagare är den försäkrades make/sambo eller, om make/sambo saknas, den försäkrades barn.
<input type="checkbox"/>	19 (8) Förmånstagare är den försäkrades barn eller, om barn saknas, den försäkrades make/sambo.
<input type="checkbox"/>	20 Förmånstagare är den försäkrades make/sambo till hälften av pensionen och den försäkrades barn till återstående hälft. Finns inte make/sambo ska barn erhålla hela pensionen. Finns inte barn erhåller make/sambo hela pensionen.
<input type="checkbox"/>	99 (9) Annat förmånstagarförordnande enligt följande (om förmånstagare namnges ska även förmånstagarens personnummer anges. OBS! Se möjliga förmånstagare nedan):
MÖJLIGA FÖRMÅNSTAGARE Möjliga förmånstagare är make/sambo, f d make/sambo samt barn till den försäkrade eller till dennes make/sambo eller f d make/sambo.	

Återbetalningskydd	<input type="checkbox"/> Tillägg av återbetalningsskydd Har du under de senaste 12 månaderna ingått äktenskap/partnerskap, blivit sambo och/eller fått barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat "ja", var vänlig ange personnummer på make/sambo eller barn <hr/> <input type="checkbox"/> Borttag av återbetalningsskydd
---------------------------	--

Underskrift	Ort och datum
	Underskrift
	Namnförtydligande

C
 Central instans blad
 1791 P015 (dec 09)
 1 (1)