

**DATUM:**

## FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE

**Försäkringsnummer:**

**Försäkringstyp:**

Om förmånstagaren avlidit eller helt eller delvis avstår från sin rätt, inträder den närmast efter denne berättigade som förmånstagare. Om detta förordnande vid inträffat dödsfall inte kan verkställas enligt sin lydelse, ska det i försäkringsvillkoren angivna förordnandet gälla.

**Om dina önskemål stämmer överens med försäkringsvillkorens förmånstagarförordnande, behöver du inte skicka in något förmånstagarförordnande!**

Namn/Organisation	Personnummer/ Organisationsnummer	Fördelning (%)	Enskild Egendom*
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

\*Pengar som förmånstagaren erhåller från försäkringen och avkastningen därifrån skall vara enskild egendom.

**Tänk på att förordnandet kan behöva ses över om t.ex. familjesituationen ändras.**

Undertecknad försäkringstagare (ägare) av försäkring återkallar härmed eventuellt tidigare förordnande och insätter ovanstående som förmånstagare vid min död. Förordnandet omfattar samtliga från försäkringen utgående förmåner.

Ort

Datum

Försäkringstagarens namnteckning

Namnförtydligande

Skicka in Förmånstagarförordnandet till: Box 868, 101 37 Stockholm	<b>Ovanstående förordnande är registrerat hos Chubb vilket härmed bekräftas.</b>
	<b>Datum</b> <b>Sign.</b>