



**FÖRSÄKRINGSTAGARE**

Försäkringsnr:	
Namn	Personnr
Adress	Telefon dagtid (även riktnr) Mobil
Postnr Ort	Mejl

**FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE**

**OBS! Markera endast ett av alternativ 1-6.**

<b>1.</b> <input type="checkbox"/>	I första hand försäkringstagarens make/maka/sambo/registrerad partner, i andra hand försäkringstagarens bröstarvingar och om sådana inte finns arvingar.
<b>2.</b> <input type="checkbox"/>	I första hand försäkringstagarens bröstarvingar och i andra hand försäkringstagarens arvingar.
<b>3.</b> <input type="checkbox"/>	I första hand försäkringstagarens bröstarvingar och i andra hand försäkringstagarens make/maka/sambo/registrerad partner.
<b>4.</b> <input type="checkbox"/>	Försäkringstagarens arvingar.
<b>5.</b> <input type="checkbox"/>	<b>Namngivna personer i nämnd ordning</b> (personnummer måste anges)
	I första hand Personnr
	I andra hand Personnr
	I tredje hand Personnr
	I fjärde hand Personnr

**OBS! ALTERNATIV 1-5:**

Om förmånstagaren avlidit eller helt eller delvis avstår från sin rätt, inträder därnäst berättigad förmånstagar i den avlidnes/avståendes ställe.

<b>6.</b> <input type="checkbox"/>	<b>Annat förordnande som anges nedan</b>
------------------------------------	--

**OBS!** Personnummer måste anges. Insättes mer än en förmånstagare ska även fördelningen anges i %. Observera att endast fysisk person kan anges nedan i denna blankett (dvs ej företag, stiftelser eller dylikt). Slutsumman måste vara 100% av försäkringsbeloppet.

Namn	Personnr	%
Namn	Personnr	%
Namn	Personnr	%
Namn	Personnr	%

**OBS! ALTERNATIV 6:**

Om förmånstagaren avlidit eller helt eller delvis avstår från sin rätt inträder:

Kvarvarande förmånstagare till lika delar  Avstående eller avliden förmånstagares bröstarvingar  Försäkringstagarens arvingar  Avstående eller avliden förmånstagares arvingar

**ENSKILD EGENDOM**

Ska försäkringsbeloppet som förmånstagaren får, liksom avkastning därav, vara förmånstagarens enskilda egendom?

JA  JA, med rätt för förmånstagaren att annorlunda förordna

Saknas markering i någon av rutorna gäller att försäkringsbeloppet inte blir förmånstagarens enskilda egendom.

**SKA FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDET VARA OÅTERKALLELIGT?**

(Dvs. Försäkringstagaren förbinder sig att inte återkalla förmånstagarförordnandet.)

Förmånstagaren ska namnges under Alt. 5 som 1:a hands alternativ

JA

Om Ja, underskrift av förmånstagaren krävs.  
Saknas markering, gäller att förmånstagarförordnandet inte blir oåterkalleligt.

**UNDERSKRIFT AV FÖRMÅNSTAGAREN VID OÅTERKALLELIGT FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE:**

Jag har mottagit förbindelsen att försäkringstagaren inte kan återkalla förmånstagarförordnandet utan mitt medgivande.

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

**Underskrift av FÖRSÄKRINGSTAGARE**

Ort	Datum - (År/Mån/Dag)	Namnteckning
		Namnförtydligande

**BLANKETTEN SKICKAS TILL: BNP PARIBAS CARDIF, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG**

Försäkringsgivare för livförsäkringsprodukter är BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB. Försäkringsgivare för övriga personförsäkringar är BNP Paribas Cardif Försäkring AB.