

A Försäkringen

Försäkringstyp (inklusive gruppens namn och organisationsnummer vid gruppförsäkring) Moderna Försäkringar Liv	Försäkringsnummer
--	-------------------

B Den försäkrade

Tilltalsnamn och efternamn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Postort
E-postadress	Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer

C Förmånstagarförordnande

Välj endast **ett** av följande alternativ genom att sätta kryss i rätt ruta och fylla i övriga uppgifter:

- Alternativ 1**
- Dödsfallsersättningen ska i första hand tillfalla den försäkrades arvsberättigade **barn**.
 - I andra hand ska dödsfallsersättningen tillfalla den försäkrades **make** eller **registrerade partner** eller, om make eller registrerad partner saknas, **sambo**.
 - I tredje hand ska dödsfallsersättningen tillfalla den försäkrades övriga arvingar (barn, barnbarn, föräldrar, syskon etc).

- Alternativ 2**
- Dödsfallsersättningen ska i första hand tillfalla den försäkrades **sambo** (så länge samboförhållandet varar) med följande personuppgifter:

Namn

Personnummer

- I andra hand ska dödsfallsersättningen tillfalla den försäkrades arvingar (barn, barnbarn, föräldrar, syskon etc).

- Alternativ 3**
- Dödsfallsersättningen ska i första hand tillfalla den försäkrades **make** eller **registrerade partner** eller, om make eller registrerad partner saknas, **sambo**.
 - I andra hand ska dödsfallsersättningen tillfalla den försäkrades arvingar (barn, barnbarn, föräldrar, syskon etc).

- Alternativ 4**
- Dödsfallsersättningen ska tillfalla följande **namngivna personer** i angiven turordning och med angivna andelar:

Turordning	Namn (och eventuellt släktskap med den försäkrade)	Personnummer / organisationsnummer	Andel (%)

Kom ihåg att ange **turordning** och **andel** av ersättningen. Om turordning inte anges har alla personer i listan utan turordning lika tur. Om andel inte är angiven delas ersättningen lika mellan alla personer med lika tur.

D Underskrift

Individuell livförsäkring: försäkringstagaren undertecknar.

Alla andra försäkringar: den försäkrade själv undertecknar.

Med min underskrift bekräftar jag att försäkringsersättningen med anledning av dödsfall ska betalas enligt ovan angivna förmånstagarförordnande. Förmånstagarförordnandet måste avsändas före dödsfallet och komma Movestic tillhanda för att vara giltigt. Förmånstagarförordnandet kan bara ändras med ett nytt förmånstagarförordnande, inte genom testamente eller annan viljeyttring.

..... Ort Datum Underskrift
..... Befattning Namnförtydligande