

# EDUNSAAJAN MUUTOSILMOITUS

Luoton takaisinmaksuturva / OP-Henkivakuutus Oy

Vakavan sairauden turva / AXA

Financial Assurance Company Limited, Y-tunnus 1915572-3 (osa AXAa)  
OP-Henkivakuutus Oy, Y-tunnus 1030059-2

Toimitettava vakuutuskäsittelyä hoitavalle  
AXAlle

Vakuutetun nimi	Henkilötunnus
-----------------	---------------

Jakeluosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Luoton takaisinmaksuturva <input type="checkbox"/>	Luoton numero
Vakavan sairauden turva <input type="checkbox"/>	

Tämän edunsaajamuutosilmoituksen päiväyksestä alkaen haluan merkitä yllä mainittuun luottoon liitetyn takaisinmaksuturvan tai Vakavan sairauden turva vakuutuksen henkivakuutuskorvauksen edunsaajaksi/edunsaajiksi seuraavan henkilön/seuraavat henkilöt.

**Ilmoita kaikki edunsaajasi, sillä tämä edunsaajamuutos kumoaa aikaisemmin annetun määräyksen.**

<input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Lapset <input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Puoliso ja lapset <input type="checkbox"/> Kuolinpesä	
<input type="checkbox"/> Avopuoliso / muu / muut (Ilmoita nimi ja henkilötunnus)	
Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
<input type="checkbox"/> Määrään avioliittolain 35 §:n 2 momentin mukaisesti, että edunsaajan aviopuolisolla ei ole avio-oikeutta edunsaajalle maksettavaan kuolemantapauskorvaukseen, sen tuottoon tai sen sijaan tulleeeseen omaisuuteen.	

Päivämäärä ja paikka
Vakuutuksenottajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Kanssavakuutetun nimi	Henkilötunnus
-----------------------	---------------

Tämän edunsaajamuutosilmoituksen päiväyksestä alkaen haluan merkitä yllä mainittuun luottoon liittyvän takaisinmaksuturvan henkivakuutuskorvauksen edunsaajaksi/edunsaajiksi seuraavan henkilön/ seuraavat henkilöt. **Ilmoita kaikki edunsaajasi, sillä tämä edunsaajamuutos kumoaa aikaisemmin annetun määräyksen.**

<input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Lapset <input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Puoliso ja lapset <input type="checkbox"/> Kuolinpesä	
<input type="checkbox"/> Avopuoliso / muu / muut (Ilmoita nimi ja henkilötunnus)	
Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
<input type="checkbox"/> Määrään avioliittolain 35 §:n 2 momentin mukaisesti, että edunsaajan aviopuolisolla ei ole avio-oikeutta edunsaajalle maksettavaan kuolemantapauskorvaukseen, sen tuottoon tai sen sijaan tulleeeseen omaisuuteen.	

Päivämäärä ja paikka
Vakuutuksenottajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Olkaa hyvä ja lähettäkää edunsaajan muutosilmoitus postitse tai faksilla vakuutuskäsittelyä hoitavalle vakuutusyhtiölle osoitteeseen:  
**AXA / Vakuutuspalvelu**  
**PL 67, 00501 Helsinki**  
**Faksi 010 287 3022**  
Lisätietoja saatte palvelunumerosta **010 802 842**