

<b>Den försäkrades namn</b>	Personbeteckning
-----------------------------	------------------

Adress	Postnummer och postkontor
Återbetalningsskydd för kredit <input type="checkbox"/>	Kreditens nummer
Skydd vid allvarlig sjukdom <input type="checkbox"/>	

Från dateringen av denna anmälan om ändring av förmånstagare vill jag, i återbetalningsskyddet i anslutning till ovannämnda kredit eller försäkringen Skydd vid allvarlig sjukdom, teckna som förmånstagare för livförsäkringsersättningen följande person/följande personer. **Uppge alla dina förmånstagare, eftersom den här ändringen av förmånstagare upphäver det tidigare förordnandet.**

<b>Allmänt förmånstagarförordnande</b>	
<input type="checkbox"/> Anhöriga <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Make/maka <input type="checkbox"/> Make/maka och barn <input type="checkbox"/> Dödsbo	
<input type="checkbox"/> Sambo/annan/andra (Uppge namn och personbeteckning)	
<b>Namn</b>	Personbeteckning
<b>Namn</b>	Personbeteckning
<b>Namn</b>	Personbeteckning
<b>Namn</b>	Personbeteckning
<input type="checkbox"/> Jag förordnar i enlighet med 35 § 2 mom. i äktenskapslagen att förmånstagarens make/maka inte har giftorätt i den dödsfallsersättning, dess avkastning eller egendom som trätt i dess ställe som utbetalas till förmånstagaren.	
Datum och ort	
Försäkringstagarens underteckning och namnförtydligande	

<b>Den medförsäkrades namn</b>	Personbeteckning
--------------------------------	------------------

Från dateringen av denna anmälan om ändring av förmånstagare vill jag, i återbetalningsskyddet i anslutning till ovannämnda kredit, teckna som förmånstagare för livförsäkringsersättningen följande person/följande personer. **Uppge alla dina förmånstagare, eftersom den här ändringen av förmånstagare upphäver det tidigare förordnandet.**

<b>Allmänt förmånstagarförordnande</b>	
<input type="checkbox"/> Anhöriga <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Make/maka <input type="checkbox"/> Make/maka och barn <input type="checkbox"/> Dödsbo	
<input type="checkbox"/> Sambo/annan/andra (Uppge namn och personbeteckning)	
<b>Namn</b>	Personbeteckning
<b>Namn</b>	Personbeteckning
<b>Namn</b>	Personbeteckning
<b>Namn</b>	Personbeteckning
<input type="checkbox"/> Jag förordnar i enlighet med 35 § 2 mom. i äktenskapslagen att förmånstagarens make/maka inte har giftorätt i den dödsfallsersättning, dess avkastning eller egendom som trätt i dess ställe som utbetalas till förmånstagaren.	
Datum och ort	
Försäkringstagarens underteckning och namnförtydligande	

Var vänlig och posta eller faxa denna anmälan om ändring av förmånstagare till försäkringsbolaget som sköter försäkringshandläggningen:

**AXA / Försäkringstjänster**  
**PB 67, 00501 Helsingfors**  
**Fax 010 287 3022**

Om ni önskar tilläggsinformation är ni välkomna att ringa servicenumret **010 802 842**.