

EDUNSAAJAN MUUTOSILMOITUS

Luoton takaisinmaksuturva
OP Vakava sairaus ja henkiturva
Vakavan sairauden turva

Pohjola Vakuutus Oy, Y-tunnus 1458359-3
OP-Henkivakuutus Oy, Y-tunnus 1030059-2
AXA France VIE, Suomen Sivuliike, Y-tunnus 2922515-8

Toimitettava vakuutuskäsittelyä hoitavalle
AXAlle

Vakuutetun nimi		Henkilötunnus
Jakeluosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
Luoton takaisinmaksuturva	<input type="checkbox"/>	Luoton numero
OP Vakava sairaus ja henkiturva	<input type="checkbox"/>	Vakuutusnumero
Vakavan sairauden turva (Ennen 22.9.2021 myönnetty vakuutukset)	<input type="checkbox"/>	Vakuutusnumero

Tämän edunsaajamuutosilmoituksen päiväyksestä alkaen haluan merkitä yllä mainittuun luottoon liitetyn takaisinmaksuturva, Vakavan sairauden turva vakuutuksen tai OP Vakava sairaus ja henkiturva vakuutuksen henkivakuutuskorvauksenedunsaajaksi/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 vakuutuskäsittelyä hoitavalle vakuutusyhtiölle osoitteeseen:

AXA / Vakuutuspalvelu
PL 67, 00501 Helsinki
palvelut@partners.axa

HUOM! Sähköpostiyhteys on suojattu vain OPn ja AXAn välillä.
Lisätietoja saatte palvelunumerosta **010 802 842**.