

Uppgifter om den försäkrade

| | | |
|----------------|------------|-------------------|
| Namn | | Personnummer |
| Gatuadress | Postnummer | Postort |
| E-postadress | Telefon | Mobiltelefon |
| Försäkringstyp | | Försäkringsnummer |

Förmånstagarförordnande

Ange vilket alternativ du väljer genom att kryssa i rutan eller genom att fylla i uppgifter för alternativ 4. OBS, endast **ett** alternativ. Numreringen i alternativen anger ordningsföljden, i vilken ersättningsbeloppet betalas ut, för den försäkrades förmånstagare.

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alternativ 1 | 1. Make, maka, sambo, registrerad partner 2. Arvsberättigade barn 3. Arvingar |
| <input type="checkbox"/> Alternativ 2 | 1. Till halva beloppet, make, maka, sambo, registrerad partner 2. Till halva beloppet arvsberättigade barn 3. Arvingar |
| <input type="checkbox"/> Alternativ 3 | 1. Arvsberättigade barn 2. Make, maka, sambo, registrerad partner 3. Arvingar |

Alternativ 4 Annat förmånstagarförordnande

| Turordning | Namn | Personnummer | Andel (%) |
|------------|------|--------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Underskrift av försäkringstagaren

Jag bekräftar att försäkringsersättningen skall utbetalas enligt ovan vid den försäkrades bortgång. Förmånstagarförordnandet måste komma Ikano Livförsäkring tillhanda före dödsfallet för att anses giltigt. Finns ett tidigare förmånstagarförordnande ersätts detta.

Ort och datum_____
Underskrift