

Kontorsnamn/Avdelning

Kontorsnummer

Datum

Handläggare

Användarid

Telefon (inkl riktnummer)

	Försäkringsnummer
Försäkrad	Personnummer
Försäkringstagare	Personnummer/Organisationsnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Postnummer och ort	

Ändringen avser

Ändring av betalningstermin till

 månad kvartal halvår helår

Datum	Belopp, kronor
-------	----------------

 Extrapremie Lägre premie Premiefritt år Ökning av premien | till belopp, kronor per termin Reducering av premien | till belopp, kronor per termin Reducering av försäkringsbeloppet | till belopp, kronor Reducering av försäkringsbeloppet Fribrev Utbetalning, från och med Utbetalning, antal år

Ändring av utbetalningsperiod till

 månad kvartal halvår helår

Clearingnummer	Kontonummer
----------------	-------------

Utbetalningen ska ske till mitt kontonummer

 Annan åtgärd _____**Underskrift****Vissa ändringar kräver hälsoprövning**

Ort, datum	Förmedlare/kontaktman
Den försäkrades namnteckning	Försäkringstagarens namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Handelsbankens noteringar Identitets- och kundkännedomskontroll (KYC) är utförd och registrerad/kontrollerad i bankens kundregister (ärendet för ny/ändra kund).**För Handelsbankens kontor**

Skanna och skicka till "Försäkringsärenden". Arkiveras 10 år på kontor

Returadress

Blanketten skickas till Handelsbanken Liv, Box 1325, 111 83 Stockholm