

Kontorsnamn/Avdelning

Kontorsnummer

Datum

Handläggare

Användarid

Telefon (inkl riktnummer)

 Överlåtelsen avser flytt ut från Handelsbanken Liv. Flyttupdrag ska bifogas denna blankett.**Nuvarande försäkringstagare/arbetsgivare**

Namn	Organisationsnummer
Kontaktperson på företaget	Överlåtelsesdatum

Försäkrad/anställd

Namn	Personnummer
------	--------------

Överlåtelse avser

Pensionsförsäkring/ar nummer	Sjukförsäkring/ar nummer
------------------------------	--------------------------

Ändring av företagsägd tjänstepension Överlåtelse till ny arbetsgivare, som övertar premieåtagandet. Äganderätten till rubricerade försäkring/ar övergår till nedanstående arbetsgivare.

Arbetsgivare	Organisationsnummer
Förmånstagarförordnandet kvarstår oförändrat och är oåterkalleligt. Arbetsgivaren åtar sig att betala premien för rubricerade försäkring/ar så länge den försäkrades anställning består. Återbetalning av premie som belöper på tid efter anställningens	upphörande kan på begäran av arbetsgivaren ske till denne. Den kan bara avse tiden från den första i den månad som Handelsbanken Liv mottagit skriftlig begäran om återbetalning. Återbetalning sker utan ränta.

 Överlåtelse till den försäkrade (OBS! Gäller ej Handelsbankens Tjänstepension). Får endast ske vid ändring av anställningsförhållanden samt under förutsättning att premiebetalning upphör. Försäkringen/försäkringarna är tjänstepension även efter överlåtelsen. Äganderätten till rubricerade försäkring/ar övergår till nedanstående försäkringstagare. Observera att försäkringen efter överlåtelsen blir privatägd och kapitalet kan då ingå i bodelning vid eventuell skilsmässa.

Namn	Personnummer
Förmånstagarförordnandet efter den försäkrades död kvarstår oförändrat. Återbetalning av premie som belöper på tid efter anställningens upphörande kan på begäran av arbetsgivaren	ske till denne. Den kan bara avse tiden från den första i den månad som Handelsbanken Liv mottagit skriftlig begäran om återbetalning. Återbetalning sker utan ränta.

Ändring av privatägd tjänstepension Byte av arbetsgivare vid privatägd tjänstepension. Den nye arbetsgivaren övertar premieåtagandet.

Arbetsgivare	Organisationsnummer
Arbetsgivaren åtar sig att betala premien för rubricerade försäkring/ar så länge den försäkrades anställning består. Återbetalning av premie som belöper på tid efter anställningens upphörande kan på begäran av arbetsgivaren ske till denne.	Den kan bara avse tiden från den första i den månad som Handelsbanken Liv mottagit skriftlig begäran om återbetalning. Återbetalning sker utan ränta.

 Överlåtelse till arbetsgivare. Får endast ske vid ändring av anställningsförhållanden. Äganderätten till rubricerade försäkring/ar övergår till nedanstående arbetsgivare.

Arbetsgivare	Organisationsnummer
Förordnandet är oåterkalleligt. Förmånstagarförordnandet efter den försäkrades död kvarstår oförändrat. Den försäkrade insätts som förmånstagar till ålderspension/sjukersättning. Arbetsgivaren åtar sig att betala premien så länge anställningen består. Återbetalning	av premie som belöper på tid efter anställningens upphörande kan på begäran av arbetsgivaren ske till denne. Den kan bara avse tiden från den första i den månad som Handelsbanken Liv mottagit skriftlig begäran om återbetalning. Återbetalning sker utan ränta.

Arkiveras på kontor 10 år

Handelsbanken Liv Försäkringsaktiebolag
Traditionell försäkring och fondförsäkring
Styrelsens säte: Stockholm
Organisationsnr: 516401-8284

Postadress: Box 1325
SE-111 83 Stockholm
handelsbankenliv@handelsbanken.se

Gatuadress: Blasieholmstorg 12
Telefon privat: +46 (0)771 77 88 99

Telefon företag: +46 (0)771 78 22 25

www.handelsbanken.se/forsakring

Vid överlåtelse av sjukförsäkring ber vi dig fylla i följande utredningsunderlag.

Uppgifter om sysselsättning (avseende den försäkrade)

Huvudsaklig yrkesverksamhet eller studielinje

Sjukförsäkring

Försäkringsnummer	Inkomst kr per månad	Värde av bilförmån kr per månad	Förmåner enligt kollektivavtal <input type="checkbox"/> Inga <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> ITP eller likvärdigt		
Sjuklön från arbetsgivare <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange kronor per månad	Upphör efter (antal månader)			
Befintliga sjukförsäkringar? (även sådana som bekostas av arbetsgivare) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Försäkringsbolag	Ersättning per månad	Karenstid (t ex 3 månader)	Ersättningstid (t ex 65 år)	Skattekategori P/T eller K
<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Enskild firma <input type="checkbox"/> Anställd delägare* i AB		*Delägarskap minst 20 procent. Makes delägarskap får medräknas endast om den försäkrade själv har en ledande ställning inom företaget. Även ensamägare räknas hit.			
Försäkringen ska ändras så att ersättning utgår med högsta möjliga belopp i förhållande till inkomsten och redan befintliga sjukförsäkringar enligt ovan. Om hälsoprövning krävs för genomförande av ändringen kommer blankett för hälsodeklaration att sändas till den försäkrade.					
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					

Försäkringsskyddets inträde

Ett avtal om ett nytt försäkringsmoment börjar gälla då första premien har betalats och Handelsbanken Liv bekräftat att avtalet kommit till stånd. Under förutsättning att försäkringsavtalet träder i kraft gäller dock ett retroaktivt försäkringsskydd redan från då ansökan om försäkring mottogs av Handelsbanken Liv eller den senare tidpunkt som anges i ansökan. En grundläggande förutsättning är att det finns ett gällande Kundavtal.

Underskrift

Ort, datum
Namnteckning, behörig företrädare för företaget (nya arbetsgivaren)
Namnförtydligande

Ort, datum
Den försäkrades/anställdes namnteckning
Namnförtydligande

Returadress

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

Handelsbankens noteringar

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

För Handelsbankskontor

Skanna och skicka till "Försäkringsärenden"