

Kontorsnamn/Avdelning

Pantsättning

Privatskydd Liv, Fond, Kapitalspar Depå mm

Kontorsnummer

Datum

Handläggare

Telefon (inkl riktnummer)

Försäkringsnummer	eller ansökan daterad
-------------------	-----------------------

Pantsättningen avser

<input type="checkbox"/> Fondförsäkring	<input type="checkbox"/> Handelsbankens Tjänstepension, Efterlevandekapital
<input type="checkbox"/> Handelsbankens Direktpension	<input type="checkbox"/> Handelsbankens Pension för Egenföretagare, Efterlevandekapital
<input type="checkbox"/> Kapitalspar Strategi, Kapitalspar Garanti	<input type="checkbox"/> Individuell livförsäkring
<input type="checkbox"/> Privatskydd Liv	<input type="checkbox"/> Kapitalspar Depå

Försäkringstagare

Härmed anmäler undertecknad att försäkringen/försäkringsmomentet enligt ovan har pantsatts som säkerhet för panthavarens fordran.

Namn	Personnummer/Organisationsnummer
Utdelningsadress	
Postnummer och ort	

Panthavare

Namn / Företag	Clearingnummer	Personnummer/Organisationsnummer
Utdelningsadress		
Postnummer och ort		

Underskrift

Ort, datum
Försäkringstagarens namnteckning
Namnförtydligande

Förmånstagares underskrift vid oåterkalleligt förordnande

Medgivande till pantförskrivning av försäkringen har lämnats.
Ort, datum
Förmånstagarens namnteckning
Namnförtydligande

Anmälan om att pantsättning har upphört

Ort, datum
Panthavarens namnteckning
Namnförtydligande

Bekräftelse från Handelsbanken Liv

Härmed bekräftas att Handelsbanken Liv mottagit anmälan om pantsättning av ovan nämnda försäkring.
Datum
Handelsbanken Liv