

Ansökan om ändring

Handelsbankens Privatförsäkring

Kontorsnamn/Avdelning

Kontorsnummer

Handläggare

Telefon (inkl riktnummer)

Försäkringsnummer

Försäkrad

Personnummer

Försäkringstagare

Telefon (inkl riktnummer)

Ändring av premie

Ändring av betalningsperiod till

 månad kvartal halvår helår

till belopp, kronor per termin

 Ändring av sparemnie

Vid sänkning av premie sänks även befintlig premiebefrielse, vid höjning av premie krävs hälsodeklaration om premiebefrielsen ska omfattas av höjningen.

Avslut av avtal

 Hela avtalet ska avslutas

 Delar av avtalet ska avslutas, ange moment _____

Ändring av utbetalning

 Utbetalning, från och med

År, månad

 Utbetalning, antal år (lägst 5 år)

Ändring av utbetalningsperiod till

 månad kvartal halvår helår

Clearingnummer Kontonummer

Utbetalningen ska ske till mitt kontonummer

 Övriga ändringar _____

Återbetalningsskydd

 Lägg till Återbetalningsskydd - Standardförmånstagarförordnande: I första hand make/sambo, i andra hand barn.

 Ta bort Återbetalningsskydd.

Konsekvens om man inte har återbetalningsskydd:

Vid dödsfall upphör försäkringen utan utbetalning även om efterlevande finns. Den försäkrades pension blir vid livsfallutbetalning något högre som en kompensation för denna risk.

Underskrift

Vissa ändringar kräver hälsoprövning

Ort, datum

Förmedlare/kontaktman

Den försäkrades namnteckning

Försäkringstagarens namnteckning

Namnförtydligande

Namnförtydligande

För Handelsbankskontor

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

Returadress

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