

Överlåtelse/Återlämnande/Avslut av överlåtten försäkring

Grunduppgifter

Försäkringsnummer	Försäkringsmoment som ärendet avser <input type="checkbox"/> Livförsäkring <input type="checkbox"/> Sjukkapitalförsäkring <input type="checkbox"/> Diagnosförsäkring	Från och med datum ¹
Ärendet gäller <input type="checkbox"/> Överlåtelse av försäkring	<input type="checkbox"/> Återlämnande av överlåtten försäkring Försäkringsmomentet ska avslutas efter återlämnande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Återlämnande av överlåtten försäkring följt av ny överlåtelse av försäkring Vid detta ärende ska två av dessa blanketter fyllas i: 1. Först en där ärende <i>Återlämnande av överlåtten försäkring följt av ny överlåtelse av försäkring</i> är förkryssat 2. Därefter en där ärende <i>Överlåtelse av försäkring</i> är förkryssat. I denna ska uppgift om den försäkrade baseras på motpart i föregående blankett.

¹Vänligen notera att en försäkring inte kan avslutas retroaktivt utan tidigast den dag Säkra AB mottagit uppsägningen.

Uppgifter om den försäkrade (dvs den som överläter försäkringen)

Namn	Personnummer (ÅAMMDD-NNNN)	Belopp som ska överlätas/återlämnas (pbb eller % av totalt försäkringsbelopp)
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Underskrift	

Uppgifter om motpart (dvs blivande ägare vid överlåtelse alternativt nuvarande ägare vid återlämnande)

Namn	Personnummer (ÅAMMDD-NNNN)	Belopp som ska överlätas/återlämnas (pbb eller % av totalt försäkringsbelopp)
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Underskrift	
Namn	Personnummer (ÅAMMDD-NNNN)	Belopp som ska överlätas/återlämnas (pbb eller % av totalt försäkringsbelopp)
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Underskrift	
Namn	Personnummer (ÅAMMDD-NNNN)	Belopp som ska överlätas/återlämnas (pbb eller % av totalt försäkringsbelopp)
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Underskrift	
Namn	Personnummer (ÅAMMDD-NNNN)	Belopp som ska överlätas/återlämnas (pbb eller % av totalt försäkringsbelopp)
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Underskrift	

Aterbetalning av premie ska ske till ett av alternativen nedan

Plus- eller Bankgiro	Bankkonto Clearingnr.	Kontonr.	Bank
----------------------	--------------------------	----------	------

Viktig information gällande förmånstagarförordnande

Om försäkringstagaren avlider före den försäkrade ska den försäkrade inträda som försäkringstagare.
Om denne därefter avlider utan att ha gjort nytt förmånstagarförordnande ska standardförordnandet enligt villkoren gälla.

Ifylld och underskriven blankett ska vara Säkra AB tillhanda senast 30 dagar efter underskrift.
Säkra AB, Box 3098, 550 03 Jönköping