

# Ändrat förmånstagarförordnande för Kompletterande Familjeskydd, avtal 90001



Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt  
Box 5125 102 43 STOCKHOLM  
Tfn 08-696 22 80

Den försäkrades personnummer
år      mån      dag      nr

Den försäkrades namn och adress (v g texta)	Telefon (även riktnummer)
	Arbetsgivarens namn
	Försäkringsområde

**Obs! Läs informationen på nästa sida innan du fyller i blanketten.**

Om du har några frågor är du välkommen att ringa till Bliwa Livförsäkring, Försäkringsavdelningen, telefon 08- 696 22 80.

<input type="checkbox"/> <b>Alternativ 1</b>	Förmånstagare ska vara: I första hand: mina arvsberättigade barn. I andra hand: min make/registrerade partner eller sambo.	<b>Obs! Om alternativ 1 eller 2 kryssmarkeras ska inga personer namnges. Önskas namngiven förmånstagare ber vi dig att välja alternativ 3.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Alternativ 2</b>	Förmånstagare ska vara: • Till hälften av varje pensionsbelopp: min make eller registrerade partner. Finns det varken make eller registrerad partner, min sambo. Om även sambo saknas, mina arvsberättigade barn. • Till den andra hälften: mina arvsberättigade barn eller, om sådana inte finns, min make/registrerade partner eller sambo.	

<input type="checkbox"/> <b>Alternativ 3</b>	Förmånstagare ska vara: <b>(Läs på nästa sida vilka personer som får sättas in som förmånstagare.)</b>					
	<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>					
	Ange för varje förmånstagare för- och efternamn, fullständigt personnummer, relation till dig samt turordning eller eventuell fördelning i procent.					

<input type="checkbox"/> <b>Alternativ 4</b>	Försäkringsvillkorens förmånstagarförordnande ska åter gälla för min försäkring.
--	--

### Det alternativ som ska gälla har jag markerat med kryss.

Om förmånstagaren helt eller delvis avstår från sin rätt, ska den/de enligt förordnandet därnäst berättigade inträda i den avståendes ställe.

Om det ovan angivna förmånstagarförordnandet inte kan verkställas enligt sin lydelse när jag har avlidit, ska det i försäkringsvillkoren angivna förmånstagarförordnandet gälla.

Ort och datum	Den försäkrades egenhändiga namnteckning
---------------	--

Skicka in blanketten till Bliwa Livförsäkring,  
Försäkringsavdelningen, Box 5125 102 43 Stockholm.

En kopia återsänds av Bliwa sedan förordnandet har registrerats. Spara den tillsammans med dina försäkringshandlingar. Om ett ändrat förordnande har lämnats kan förordnandet behöva ses över om t ex familjesituationen ändras.

Ovanstående förordnande är registrerat.

**Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt  
Försäkringsavdelningen**

Datum

Sign

## Information om förmånstagare och förmånstagarförordnande

**Om dina önskemål stämmer med försäkringsvillkorens förmånstagarförordnande, behöver du inte skicka in denna blankett.**

### Försäkringsvillkorens förmånstagarförordnande

Förmånstagarförordnandet innebär att förmånstagare i första hand är din make eller din registrerade partner. Make/registrerad partner är förmånstagare även när mål om äktenskapsskillnad eller upplösning av partnerskap pågår. (Beträffande egenpensionsförordnandet kontakta försäkringsbolaget för egenpension för besked.)

Om du inte är gift eller registrerad partner är din sambo förmånstagare i första hand.

Med sambo menas man eller kvinna som sammanbor med den försäkrade under förutsättning att ingen av dem är gift eller registrerad partner och att de sammanlever under äktenskapsliknande förhållanden eller förhållanden som liknar registrerat partnerskap.

I andra hand är dina arvsberättigade barn förmånstagare. Har du flera barn fördelas pensionen lika mellan dem.

### Ändrat förmånstagarförordnande

Önskar du ändra det generella förmånstagarförordnandet, ska det göras skriftligt på denna blankett och sändas till Bliwa Livförsäkring, Försäkringsavdelningen, Box 5125 102 43 Stockholm.

**Du får enligt inkomstskattelagen inte sätta in andra förmånstagare än följande:**

- a) make/registrerad partner eller tidigare make/registrerad partner
- b) sambo eller tidigare sambo
- c) barn/styvbarn/fosterbarn till dig själv eller till någon av personerna enligt a) eller b).

Skulle du skriva in någon annan (t ex syster eller faster), blir det särskilda förmånstagarförordnandet ogiltigt i den delen.

Har du flera förmånstagare kan du välja hur du vill ha fördelningen dem emellan i form av procentsatser (se Alternativ 3).

### När du fyller i blanketten

Du kan välja ett av kryssalternativen 1 eller 2 om något av dem motsvarar dina önskemål. I annat fall väljer du Alternativ 3 och skriver i kolumnerna vem/vilka du vill ska stå som förmånstagare och den eventuella procentfördelningen dem emellan.

Ange också vilken relation du har till den person du vill sätta in som förmånstagare. Försök använda samma ordval som vi för att undvika missförstånd.

Exempel 1: Min sambos fosterbarn

Exempel 2: Min tidigare maka.

### Förordnande till sambo

Den som vill namnge sin sambo kan lämpligen under alternativ 3 skriva "Min sambo NN, personnummer xxxxxx-xxxx". Förordnandet förfaller då automatiskt om sammanboendet upphör. Saknas ordet "sambo", fortsätter förordnandet däremot att gälla även om sammanboendet upphör.

### Upphörande av äktenskap och registrerat partnerskap

För Familjeskydd gäller förordnande till förmån för make eller registrerad partner även under tid då mål om äktenskapsskillnad eller mål om upplösande av partnerskap pågår.

### Giltighet av ändrat förmånstagarförordnande

Det hos Bliwa Livförsäkring registrerade förordnandet gäller till dess det ändras.

Förmånstagarförordnande kan inte ändras genom ett testamente.