

# Förmånstagarförordnande



Om du förordnar samma förmånstagare till flera försäkringsskydd kan du använda en blankett och markera alla försäkringsskydd som omfattas av detta förmånstagarförordnande. Om du utfärdar olika förmånstagarförordnanden för olika försäkringsskydd, fyll i en separat blankett för varje förordnande.

|  |  |                  |  |
|--|--|------------------|--|
| Försäkringstagare  |  |                  |  |
| Försäkringsnummer  |  |                  |  |
| Den försäkrade   |  | Personbeteckning |  |
| Kryssa för alla försäkringsskydd som omfattas av detta förmånstagarförordnande | <input type="checkbox"/> Hälsöförsäkring: Kortvarig arbetsoförmåga<br><input type="checkbox"/> Hälsöförsäkring: Bestående arbetsoförmåga<br><input type="checkbox"/> Hälsöförsäkring: Dödsfallsskydd<br><input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring: Kortvarig arbetsoförmåga<br><input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring: Dödsfallsskydd<br><input type="checkbox"/> Reseförsäkring: Kortvarig arbetsoförmåga<br><input type="checkbox"/> Reseförsäkring: Dödsfallsskydd<br><input type="checkbox"/> Försäkring vid utlandsplacering: Kortvarig arbetsoförmåga<br><input type="checkbox"/> Försäkring vid utlandsplacering: Dödsfallsskydd |                  |  |

| Förmånstagare | Namn | Personbeteckning/FO-nummer |
|---------------|------|----------------------------|
|               |      |                            |
|               |      |                            |
|               |      |                            |
|               |      |                            |

Den person som undertecknar förmånstagarförordnandet som en representant för försäkringstagaren måste ha laglig rätt att företräda företaget eller enheten som tecknade försäkringen.

Om försäkringstagaren befullmäktigar den försäkrade att utfärda ett förmånstagarförordnande för sitt eget försäkringsskydd måste fullmakten (sida 2) fyllas i av försäkringstagaren.

Vi behandlar våra kunders personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen och övrig dataskydds- och försäkringslagstiftning. En mer utförlig information om behandling av personuppgifter finns på [if.fi/henkilotietojen-kasittely](http://if.fi/henkilotietojen-kasittely).

Återlämna förmånstagarförordnandet till din kontaktperson i If eller per post *If Försäkring, Personförsäkringar, PB 1013, 00025 IF*.

Undertecknaren är  försäkringstagaren  den försäkrade (fullmakten bifogas)

Ort och datum

Försäkringstagarens eller den auktoriserade försäkrades underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande:

Bilaga: Fullmakt



NOTERA. Detta avsnitt fylls endast i när försäkringstagaren befullmäktigar den försäkrade att utfärda ett förmånstagarförordnande för sitt eget försäkringsskydd. Bilagan ska skickas till If tillsammans med förmånstagarförordnandet.

*Genom att underteckna befullmäktigar jag den försäkrade som nämns nedan*

|                   |  |                  |  |
|-------------------|--|------------------|--|
| Namn              |  | Personbeteckning |  |
| Försäkringsnummer |  |                  |  |

*att utfärda ett förmånstagarförordnande för hens egna försäkringsskydd på mina vägnar. Jag förstår att jag därefter inte har rätt att ändra förmånstagarförordnandet i fråga utan den försäkrades samtycke.*

Ort och datum

Försäkringstagarens underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande: