

Alla handlingar skickas till:

Movestic Livförsäkring AB, Box 7853, 103 99 Stockholm

# **ÄNDRING AV INDIVIDVAL/ÖVERGÅNGSRÄTT**

[ ]  Ändring av individval [ ]  Övergångsrätt

**Uppgifter om den försäkrade**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Förnamn      | Efternamn      | Personnummer      | Försäkringsnummer      | Ändring ska gälla från      |

# **Ändring av individval**

|  |
| --- |
| [ ]  Tillägg av återbetalningsskydd [ ]  Befintligt efterlevandeskydd höjs: Summa som ska utbetalas är: [ ]  .......................... kronor, eller [ ]  ......... % av årslön.**Denna ändring kräver hälsoprövning. Se hälsoprövningsregelverk avseende krav på hälsohandlingar som ska bifogas.** |
| [ ]  Ta bort befintligt efterlevandeskydd och ändra till återbetalningsskydd. [ ]  Ta bort befintligt efterlevandeskydd och ändra till övergångsrätt (inget skydd alls). |

# **Övergångsrätt (välj anledning till ändring av familjeskydd)**

|  |
| --- |
| Om det av produktvillkoret framgår att försäkringen kan tecknas med återbetalningsskydd och/eller efterlevandeskydd, kan den försäkrade välja till respektive förmån före 55 års ålder för tjänstepensioner och före 50 års ålder för privatägda pensioner senast ett år efter någon av följande händelser:Den försäkrade[ ]  Inleder ett samboförhållande som uppfyller de krav som ställs i sambolagen.[ ]  Ingår äktenskap. Övergångsrätten får inte utnyttjas vid giftermål med person som den försäkrade var sambo med vid tecknandet av försäkringen.[ ]  Får arvsberättigade barn: biologiskt barn eller adoptivbarn[ ]  Tar emot fosterbarn med avsikt att adoptera det. |

# **Välj familjeskydd (vid övergångsrätt)**

|  |  |
| --- | --- |
| Återbetalningsskydd | [ ]  Tillägg av återbetalningsskydd utan hälsoprövning |
| Efterlevandeskydd | [ ]  Tillägg av efterlevandeskydd mot intygande om full arbetsförhet (se nedan).Lägsta totala summa som ska utbetalas är: [ ]  .......................... kronor, eller [ ]  ......... % av årslön. |

# **Förmånstagarförordnande**

|  |
| --- |
| Utbetalningar efter den försäkrades död följer det förmånstagarförordnande som gäller för försäkringen.Standardförordnande är:1) Den försäkrades make/maka/sambo/registrerad partner,2) den försäkrades arvsberättigade barn i första led,Om den försäkrade istället vill ha ett särskilt förmånstagarförordnande måste det anmälas på blankett “Ändring av förmånstagarförordnande”. |

# **Intygande om full arbetsförhet (vid övergångsrätt och tillägg av efterlevandeskydd)**

|  |
| --- |
| Intygandet om full arbetsförhet innebär att den försäkrade: (i) kan fullfölja sitt vanliga arbete utan inskränkningar (ii) inte varit sjukskriven helt eller delvis mer än 30 dagar i följd under den senaste 12-månadersperioden. (iii) är i tjänst på ordinarie arbetsställe (iv) inte får sjuklön från arbetsgivaren eller utbetalning från Försäkringskassan, (sjukpenning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning, vilande ersättning eller annan ersättning som har samband med sjukdom, skada eller funktionshinder) (v) inte har lönebidragsanställning, anställningsstöd eller annan gentemot arbetsgivaren subventionerad form av anställning. |
| [ ]  Ja, den försäkrade är fullt arbetsför enligt ovanstående definition [ ]  Nej, den försäkrade är inte fullt arbetsför  |

 **Den försäkrades underskrift**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum      | Underskrift | Namnförtydligande      |

Pl-4b\_2022\_1

Försäkringsgivare: Movestic Livförsäkring AB, Org.nr 516401-6718

Box 7853, 103 99 Stockholm, Styrelsens säte: Stockholm 1