

# ÖVERLÅTELSE AV ÄGANDERÄTT

**ALANDIA**  
*Personförsäkring*

## UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGEN

Försäkringens nr: \_\_\_\_\_

Försäkringstagare: \_\_\_\_\_

(Överlåtare)

Försäkrad: \_\_\_\_\_

(Om annan än försäkringstagare)

## MOTTAGARENS UPPGIFTER

Som försäkringstagare överlåter jag / vi försäkringen med alla rättigheter och skyldigheter till:

Fullständigt namn: \_\_\_\_\_

Personbeteckning / FO-nummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Debiteringsadress: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Överlåtarens underskrift \* )

\_\_\_\_\_  
Överlåtarens personbet./FO-nummer

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
\* \* ) Vårdnadshavarnas underskrifter

\* ) Om ett företag är överlåtare, företagets fullständiga namn enligt handelsregistret.

\* \* ) Båda vårdnadshavarnas underskrifter för mindreåriga barn.

Vid överlåtelse upphör förmånstagarförordnandet.

Den nya ägaren bör därför förordna om ny förmånstagarare på skild blankett.

**Det fullständiga försäkringsbrevet i original bör bifogas.** Detta gäller försäkringar beviljade före 1.7.1995