Ändring av försäkring

Företag/person/namn _____

Orgnr/personnr _____

Ändring från och med Datum:_____

Ändring avser:

Namn	Personnummer
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ändring gäller moment:

☐ Livförsäkring (under 50 pbb)
☐ Livförsäkring (över 50 pbb)
☐ Kritisk Sjukdom
☐ Sjuk- och Yrkeskapital
☐ Sjukinkomstförsäkring
☐ Olycksfallsförsäkring

☐ Sjuk- & Olycksfallsförsäkring
☐ Sjukvårdsförsäkring vuxen
☐ Tandvårdsförsäkring
☐ Sjukavbrottsförsäkring
☐ Sjukvårdsförsäkring barn
☐ Barn- & Ungdomsförsäkring, sjuk och olycksfall

☐ Önskar ändra omfattning från _____ kr i självrisk till _____ kr i självrisk

☐ Önskar ändra omfattning från _____ pbb till _____ pbb

OBS: för sänkning av självrisk och/eller ökning av pbb krävs hälsodeklaration!

Eventuell återstående premie ska:
☐ Läggas som tillgodo till nästkommande faktura
☐ Ny faktura önskas (kan endast väljas om utstående faktura inte är betald, och minst 14 dagar kvar till förfallodag)
☐ Återbetalas till: (kan endast väljas om samtliga utställda fakturor är betalda)
☐ Plus- eller Bankgironr: _____
☐ Kontonr: _____ - _____ _____
(clearingnr.) (kontonr.) (bank)

Ansvarig förmedlare:

Förmedlarkod (4 siffor):

_____ _____
Datum Underskrift av firmatecknare/försäkrad

_____
Namnförtydligande