Ändring av premiebetalare

Nuvarande premiebetalare

Företag / Person/Namn	
Orgnr. / Personnr.	
Ändring från och med (datum)	

Ändring avser försäkrad (för- och efternamn)	Personnummer	Ändring avser följande moment och omfattning

Ny premiebetalare (betalningsansvarig)

Företag / Person/Namn	
Orgnr. / Personnr.	
Adress	
Postnummer och ort	
Telefonnummer	
E-post	

_____ _____

Datum

*Underskrift av ny premiebetalare (betalningsansvarig)

*Betalningsansvarig ansvarar alltid för att alla som omfattas eller kommer att omfattas av försäkringen får del av försäkringshandlingar och eventuellt bifogad information.

Eventuell återstående premie för nuvarande premiebetalare 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)

☐ Plusgironr: _____

☐ Bankgironr: _____

☐ Kontonr: _____ - _____ _____

(clearingnr.) (kontonr.) (bank)

Ansvarig förmedlare:

Förmedlarkod (4 siffor):