

Åtgärden avser

Försäkringsbolag

Försäkringsnummer

--

Personnummer

Försäkrad	
Ägare om annan än försäkrad	Person-/Organisationsnummer

Önskad åtgärd

<input type="checkbox"/> Ändring till lägre premie	Ändringsdatum	Tid med lägre premie	Ny premie
<input type="checkbox"/> Ändring till lägre premie. Permanent ändring	Ändringsdatum	Ny premie	<input type="checkbox"/> Försäkringsbrev <input type="checkbox"/> Bifogas
<input type="checkbox"/> Ändring till premiefri tid	Ändringsdatum	Tid för premiefrihet	
<input type="checkbox"/> Ändring till fribrev	Ändringsdatum		

<input type="checkbox"/> Begäran om återköp	Utbetalningsdatum	Försäkringsbrev <input type="checkbox"/> Bifogas
Clearing- och kontonummer		
Utbetalning till		

<input type="checkbox"/> Annullera försäkringen	Annullationsdatum
---	-------------------

Annan åtgärd/ändring

Underskrifter

Datum	Underskrift av den försäkrade
Namnförtydligande	

Datum	Underskrift av ägaren om annan än försäkrad
Namnförtydligande	

Kontaktperson på Swedbank/sparbank

Namn	Telefon (även riktnr)
Adress	Fax (även riktnr)
E-post	Mobiltelefon