

Uppsägning av försäkring



Avtal nr	Namn (gruppmedlem)	Personnummer (Gruppmedlem)
----------	--------------------	----------------------------

Åtgärd	Gruppmedlem	Medförsäkrad
--------	-------------	--------------

Jag vill säga upp följande försäkringar i Bliwa Livförsäkring:
(ex livförsäkring, olycksfallsförsäkring, barnförsäkring)

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jag vill säga upp hela min gruppförsäkring i
Bliwa Livförsäkring :

Övriga upplysningar: _____

Uppsägningen ska gälla från (månad, år): _____

Ändring/upsägning kan aldrig ske bakåt i tiden.

Jag är medveten om att försäkringen endast gäller så länge betalningen erlagts och som längst till och med datumet för uppsägningen enligt ovan. Jag är också medveten om att, i det fall jag tecknat försäkring för medförsäkrad eller barnförsäkring upphör sådan försäkringen i och med min uppsägning av hela min försäkring.

Datum	Namnteckning (gruppmedlem)
Telefon dagtid (även riktnr)	E-post