

## ÄNDRINGSANMÄLAN

AVSEENDE FÖRSÄKRADE I OBLIGATORISK OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING AVTAL 605

### Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn	Organisationsnummer	Kontaktperson och telefonnummer
--------------------------	---------------------	---------------------------------

Namn	Personnummer	Anställd fr o m	Anställning upphör fr o m

### UNDERSKRIFT AV ARBETSGIVAREN (FÖRSÄKRINGSTAGAREN)

Namnteckning	Ort
Namnförtydligande	Datum