ÄNDRINGSANMÄLAN
FÖR OBLIGATORISK SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING I BLIWA AVTAL 921

Namn	Personnummer	Gäller fr o m År, månad, dag	Anställning upphör fr om

UNDERSKRIFT AV ARBETSGIVAREN (FÖRSÄKRINGSTAGAREN)

Genom underskrift av denna ändringsanmälan intygar försäkringstagaren följande: Vi har information om hur vi får tillgång till fullständiga försäkringsvillkor. De personer som angetts i personalförteckningen till detta avtal är försäkrade i svensk försäkringskassa anställda hos försäkringstagaren och uppfyller de krav som anges ovan under rubriken ”Vilka som ingår i den försäkringsberättigade gruppen”. Vi åtar oss att snarast och löpande informera Bliwa om någon person träder in i eller ut ur den försäkringsberättigade gruppen, till exempel genom att den för slutar sin anställning eller nyanställs. Vi utfäster oss gentemot Bliwa och de försäkrade att betala premierna för nu avtalat försäkringsskydd.

Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
Namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	Telefonnummer dagtid

Försäkringsgivare:
Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Org nr 502006-6329
Box 5125, 102 43 Stockholm
Telefon 08-696 22 80