# ÄNDRINGSANMÄLAN

AVSEENDE FÖRSÄKRADE I OBLIGATORISK REHABILITERINGSFÖRSÄKRING AVTAL 927

För att anslutas till försäkringen krävs att den anställde omfattas av tjänstepension med sjukförsäkring i Nordnet.

**Försäkringstagare**

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

| Namn | Personnummer | Anställd fr o m | Anställning upphör fr o m |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## UNDERSKRIFT AV ARBETSGIVAREN (FÖRSÄKRINGSTAGAREN)

Genom underskrift av denna ändringsanmälan intygar försäkringstagaren följande: att de personer som angetts ovan är försäkrade i svensk försäkringskassa, anställda hos försäkringstagaren och ingår i den försäkringsberättigade gruppen i enlighet med gruppavtalet.

| Namnteckning | Ort |
|---|---|
| | |
| **Namnförtydligande** | **Datum** |
| | |

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