

» Uppgifter om försäkringen – ifylls alltid

För att kunna registrera överlåtelse behöver vi uppgifter om vilken försäkringsförmedlare/gruppföreträdare som har förmedlat försäkringen samt uppgifter om försäkrings-/gruppvavtalsnummer.

Försäkringsförmedlarens namn	Försäkrings-/gruppvavtalsnummer
------------------------------	---------------------------------

» Försäkringsprodukter

Markera nedan det/de försäkringsmoment som överlåtelsen gäller.

<input type="checkbox"/> Gruppförsäkring – Livförsäkring med barnskydd
<input type="checkbox"/> Gruppförsäkring – Kritisk sjukdomsförsäkring
<input type="checkbox"/> Individuell Livförsäkring
<input type="checkbox"/> Individuell Kritisk sjukdomsförsäkring

» Försäkrad

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	E-post

» Försäkringstagare om annan än försäkrad ovan

Namn/företag	Personnummer/organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	E-post

» Premiebetalare om annan än försäkringstagare ovan

Namn/företag	Personnummer/organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort

» Tidigare försäkringstagare

Namn/företag	Personnummer/organisationsnummer
--------------	----------------------------------

» Tidigare premiebetalare

Namn/företag	Personnummer/organisationsnummer
--------------	----------------------------------

» Underskrift tidigare försäkringstagare

Ort och datum	Underskrift/namnförtydligande
---------------	-------------------------------

» Underskrift försäkringstagare

Ort och datum	Underskrift/namnförtydligande
---------------	-------------------------------

» Underskrift premiebetalare

Ort och datum	Underskrift/namnförtydligande
---------------	-------------------------------

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se

077-440 00 10