

Nedan ändring avser:

Önskad ändringsdatum:

(Namn/Bolagsnamn)	Pers.nr/Org.nr
-------------------	----------------

- **Uppsägning av försäkringsmoment**

Samtliga moment

Enskilda moment, ange vilket/vilka nedan

- **Ändring basbelopp**, vid HÖJNING av basbelopp används ordinarie ansökan samt hälsodeklaration.

Nuvarande basbelopp: _____ Ändra basbeloppet till: _____

- **Ändring av premiebetalare**, premiebetalarens underskrift ifylles nedan.

Namn, tidigare premiebetalare	Pers.nr/Org.nr, tidigare premiebetalare
Namn, ny premiebetalare	Pers.nr/Org.nr, ny premiebetalare

Samtliga moment Enskilda moment, ange vilket/vilka nedan

- **Ändring av betalperiod**, vid nytt autogiro ifylles särskild blankett

Betalar idag via AUTOGIRO, vill ändra bet. period till: Månad Kvartal Halvår Helår

Betalar idag via FAKTURA, vill ändra bet. period till: Kvartal Halvår Helår

- **Ändring av adress**, ny adress ifylles nedan

Namn _____

Adress _____

Postnr och Ort _____

- **Ändring av enbarn- / flerbarnstillägg, Barn- & Ungdomsförsäkring**

	Barnets namn		Barnets pers.nr
Har idag:	<input type="checkbox"/> enbarn	<input type="checkbox"/> flerbarn	
Ändras till:	<input type="checkbox"/> enbarn	<input type="checkbox"/> flerbarn	

Underskrift

Försäkrad alt. fullmaktsinnehavare	Namnförtydligande Försäkrad alt. fullmaktsinnehavare
Premiebetalare	Namnförtydligande Premiebetalare