

Överlåtelse av försäkring

Uppgifter om ursprunglig försäkringstagare

Förnamn, Efternamn

Utdelningsadress

E-post

Försäkringsnummer

Personnummer

Postnummer och Ort

Telefonnummer mobil

Kvittonummer

Uppgifter om ny försäkringstagare

Förnamn, Efternamn

Utdelningsadress

E-post

Personnummer

Postnummer och Ort

Telefonnummer mobil

När tecknades försäkringen

I vilket varuhus tecknades försäkringen

Datum för överlåtelse

Underskrift ursprunglig försäkringstagare

Samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas.

Datum

Namnsteckning

Underskrift ny försäkringstagare

Samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas.

Datum

Namnsteckning

Överlåtelsen skickas till:

Balder Försäkring AB, Blasieholmsgatan 5, 11148 Stockholm
mediamarkt@balderforsakring.com