

Ansökan om uppsägning av försäkring

Försäkrad

Förnamn, Efternamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer och Ort

E-post

Telefonnummer mobil

Försäkringsnummer

Kvittonummer

Beskrivning av orsak till ansökan om uppsägning

När tecknades försäkringen

I vilket varuhus tecknades försäkringen

Bankkontonummr inkl clearingnummer

Bank

Underskrift

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

Datum

Namnsteckning

Uppsägningen skickas till:

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