

☐ Uppsägning av försäkring (endast försäkringstagaren)☐ Uppsägning av betalningsansvar (endast betalaren)**UPPSÄGNING AVSER FÖRSÄKRING/FÖRSÄKRINGAR**

Obs! Retroaktiv uppsägning kan inte göras

Försäkringsnr/Typ av försäkring	Avslutas per datum
Försäkringsnr/Typ av försäkring	Avslutas per datum
Försäkringsnr/Typ av försäkring	Avslutas per datum

FÖRSÄKRAD - (om annan än försäkringstagare/betalare)

Namn	Personnr	
Adress	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Mobil
Postnr	Ort	Mejl

FÖRSÄKRINGSTAGARE/BETALARE

Namn	Personnr/Org.nr	
Adress	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Mobil
Postnr	Ort	Mejl

ORSAK TILL UPPSÄGNING

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Har försäkring på annat håll | ☐ Missnöjd med service hos BNP Paribas Cardif | ☐ Byte av bank/försäkringsgivare |
| ☐ Försäkring för dyr | ☐ Missnöjd med service hos bank | ☐ Missnöjd med skadereglering |
| ☐ Engagemang hos bank upphört | ☐ Missnöjd med prishöjning | ☐ Inget behov |
| ☐ Anställning upphört | | |

Annan orsak, v.g uppge: _____

EVENTUELL ÅTERBETALNING AV PREMIE ÖNSKAS INSATT PÅ:**BANKKONTO**

Clearingnr	Kontonr	Kontoförande bank och ort	Kontohavarens personnr/org.nr
------------	---------	---------------------------	-------------------------------

BANKGIRO/PLUSGIRO

Nummer	Kontohavarens personnr/org.nr
--------	-------------------------------

UNDERSKRIFT FÖRSÄKRINGSTAGARE/BETALARE

Ort	Datum - År/Mån/Dag	Namnteckning
		Namnfortydligande

Vid frågor är du välkommen att kontakta oss på telefon 020-52 52 56 eller via mejl info@bnpparibascardif.se**BLANKETTEN SKICKAS TILL: BNP PARIBAS CARDIF, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG**