

 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**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Har försäkring på annat håll | <input type="checkbox"/> Missnöjd med service hos BNP Paribas Cardif | <input type="checkbox"/> Byte av bank/försäkringsgivare |
| <input type="checkbox"/> Försäkring för dyr           | <input type="checkbox"/> Missnöjd med service hos bank               | <input type="checkbox"/> Missnöjd med skadereglering    |
| <input type="checkbox"/> Engagemang hos bank upphört  | <input type="checkbox"/> Missnöjd med prishöjning                    | <input type="checkbox"/> Inget behov                    |
| <input type="checkbox"/> 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](mailto:info@bnpparibascardif.se)**BLANKETTEN SKICKAS TILL: BNP PARIBAS CARDIF, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG**