

ÄNDRA FÖRSÄKRAD INKOMST



Fullständigt ifyllt blankett skickas till:

Solid Försäkringar, Box 22068, 250 22 Helsingborg
Telefon: 0771-113 113, E-post: kunder@solidab.se, Fax: 042-38 20 80

I. Uppgifter om försäkringstagaren:

Förnamn:	Efternamn:
Personnummer:	
Ny inkomst:	
E-postadress:	Mobilnummer:

4. Härmed intygas att lämnade uppgifter är korrekta, försäkringstagarens underskrift, ort och datum:

Datum och Ort:	Namn:
----------------	-------

Observera att din premiebekräftelse skickas till dig separat.