Folksam

Ansökan om fortsättningsförsäkring för Tjänstegrupplivförsäkring

Fylls i av Folksam
Ärende ID:
-

Var vänlig skriv tydligt, blanketten läses maskinellt.

Fylls alltid i
Personnr*/Samordningsnr

*ÅÅÅÅMMDDNNNN (12 siffror)

Uppgift om försäkringstagaren

Den försäkrade är försäkringstagare och betalar premien

Namn	Personnummer (12 siffror)
Adress	
Postnummer och ort	Telefon, även riktnummer

Uppgift om den senaste anställningen

Arbetsgivare			
Adress			
Postnummer och ort			Telefon, även riktnummer
Yrke			
Anställningstid	från och med år, månad	till och med år, månad	Veckoarbetstid eller motsvarande
Efter anställningen har jag varit	från och med år, månad	till och med år, månad	
☐ Arbetssökande			
	från och med år, månad	till och med år, månad	
☐ Sjukskriven			

Underskrift av försäkringstagaren

Jag intygar att de lämnade uppgifterna är riktiga

Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

Folksams noteringar

S11380 21-10

Spara > Skriv-ut > Rensa fält >

Blanketten skickas till: Folksam, LIV 1080, Box 90346, 120 25 Stockholm
Tel 0771-485 485. folksam.se