

AVANMÄLAN**Viktigt!**
Fyll i gruppavtalets nummer:

Gruppavtalsnummer
Personnummer (gruppmedlem)

Namn (gruppmedlem)

Gruppmedlem Medförsäkrad

Jag vill inte alls vara med i försäkringen

Jag vill avanmäla följande försäkringar:

Från vilken månad/år ska ändringen ske?

*Avregistrering kan ske tidigast månaden efter det att avanmälan har kommit till Förenade Liv.***Underskrift av gruppmedlem**

Datum	Namnsteckning	Telefonnummer dagtid (även riktnr)
-------	---------------	------------------------------------