

KTS

Uppsägningen skickas portofritt till:
DKV Hälsa, Frisvar 121 420 300, 110 00 Stockholm

Avtal

GRUPPAVTALSNUMMER / AVTALSNUMMER

Försäkrad/Företag

EFTERNAMN / FÖRETAG

FÖRNAMN / KONTAKT FÖRETAG

PERSONNUMMER / ORGANISATIONSNUMMER

ADRESS

MOBILNUMMER PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG

TELEFONNUMMER ARBETE

POSTNUMMER/ORT

E-POST PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG

Uppsägning

Jag önskar avsluta min/företagets försäkring

Har du/ni tecknat motsvarande försäkring på annat håll?

Ja Nej

Underskrift

Ort

Datum

Försäkrades/betalarens underskrift