

<b>FÖRSÄKRINGS- TAGARE</b>	Namn		Personbeteckning eller FO-nummer
	Namn		Personbeteckning eller FO-nummer
	Adress		
	E-postadress		Telefon 8-16
<b>BOLAG DÄR FÖR- SÄKRINGARNA SÄGS UPP</b>	Bolagets namn		
<b>FÖRSÄKRINGAR SOM SÄGS UPP</b>	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
	Försäkringsgren	Försäkringsbrevs nr	Slutdatum
<b>ORSAK TILL UPPSÄGNINGEN</b>	Ändringar i ägarförhållandet Villkors- eller premieändringar Annan orsak, vilken?	Överförs till annat bolag, vilket? Missnöje	
<b>TILLÄGGS- UPPGIFTER</b>	Er kontaktperson på Fennia		
<b>PREMIEÅTER- BÄRING</b>	Bank och kontonummer för eventuell premieåterbäring: Bank		Fullständigt kontonummer
<b>UNDERSKRIFT (Om fler än en försäkringstagare behövs underskrift av alla.)</b>	Ort och datum	Försäkringstagarens underskrift med namnförtydligande	
	Ort och datum	Försäkringstagarens underskrift med namnförtydligande	