



## Överlåtelse av försäkring

### Uppgifter om ursprunglig försäkringstagare

Förnamn, Efternamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
E-postadress	Telefon-/Mobiltelefonnummer
Försäkrings/Avtalsnummer	Kvittonummer

### Övriga uppgifter

Datum när försäkringen tecknades	I vilket Media Markt-varuhus tecknades försäkringen
Datum för överlåtelse	

### Uppgifter om ny försäkringstagare

Förnamn, Efternamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
E-postadress	Telefon-/Mobiltelefonnummer

### Underskrift av ursprunglig försäkringstagare

Samtliga uppgifter i denna anmälan om överlåtelse är sanningsenliga, vilket härmed intygas

Datum	Namnunderskrift
-------	-----------------

### Underskrift av ny försäkringstagare

Samtliga uppgifter i denna anmälan om överlåtelse är sanningsenliga, vilket härmed intygas

Datum	Namnunderskrift
-------	-----------------

Anmälan om överlåtelse skickas i original till:

Sure Thing Försäkringsservice

Box 7785

103 96 Stockholm