



## Uppsägning av försäkring

### Uppgifter om försäkringstagare

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

### Beskrivning av orsak till uppsägning av försäkring

|  |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|--|

### Övriga uppgifter

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Datum när försäkringen tecknades   | I vilket Media Markt-varuhus tecknades försäkringen |
| Bankkonto inklusive clearingnummer | Bank  |

### Underskrift av försäkringstagare

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

|       |                 |
|-------|-----------------|
| Datum | Namnunderskrift |
|-------|-----------------|

Ansökan om uppsägning skickas i original till:

Sure Thing Försäkringsservice

Box 7785

10396 Stockholm

Återbetalning sker inom 90 kalenderdagar till ovan angivna bankkonto.