

Ansökan om återbetalning av försäkringspremie

Försäkringstagarens namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Telefonnummer dagtid:
Postnummer och postort:	E-postadress:

Bank:	Clearingnr:	Kontonr (+ namn, om annan innehavare):
-------	-------------	--

Avser försäkringsnummer:			
Orsak till ansökan om återbetalning:			
Dubbelbetald premie: <input type="checkbox"/>	Ej påbörjad resa: <input type="checkbox"/>	Avbrutna studier: <input type="checkbox"/>	Avbruten resa/tidig hemkomst: <input type="checkbox"/>
Avslutade studier: <input type="checkbox"/>	Ej påbörjade studier: <input type="checkbox"/>	Annan orsak:	

Till ansökan bifogas intyg som styrker hemkomstdatumet till Sverige = boardingkort eller bagagetag från resväskan – där namn och hemkomstdatum framgår.

Ort, datum:	Namnunderskrift försäkringstagare:
Ort, datum:	Namnunderskrift ev medförsäkrad:

Goudas noteringar:

Agent:	Försäkringstyp:	Period:
Premie:	Avg:	Belopp:
Datum, handläggare:		Datum, attest:

Premie:	Provision:
---------	------------