

Skicka uppsägningen till

Ikano Försäkring AB
Scheelevägen 19 A
223 70 LUND

1. Avslut

Jag vill avsluta följande försäkring

2. Personuppgifter

För- och efternamn

Personnummer

Gatuadress

Försäkringsnummer Ikano Försäkring

3. Underskrift

Ort, datum

Underskrift