

**Adressändring**

Vänligen fyll i denna blankett (texta) och returnera till:
LCL International, PO Box 391, Douglas, Isle of Man, British Isles, IM99 2XW

Del 1: Försäkringsnummer

Försäkringsnummer, ("Försäkringen") som den här adressändringen avser:

Del 2: Personuppgifter

1:a Försäkringstagarens namn:

Personnummer/Org.nummer:

2:a Försäkringstagarens namn:

Personnummer/Org.nummer:

Nuvarande adress:

E-mail:

Del 3: Adress

Ny address

Postadresse:

Postnummer & Ort:

Land:

Nytt hemtelefonnummer (inklusive landskod):

Från och med vilket datum vill du att den nya adressen ska börja gälla
(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Del 4: Viktig information

Om du flyttar till ett annat land rekommenderar vi dig att söka skattrådgivning samt juridisk rådgivning gällande de finansiella omständigheterna -beträffande din försäkring i er nya hemvist. Om du flyttar till Storbritannien eller till Danmark rekommenderar vi dig att kontakta oss för att ta del av mer information. Vi kan komma att begära ytterligare bevis av er nya adress på grund av lagen om penningtvätt och reserverar oss därför rätten att begära en vidimerad kopia av en räkning eller annat dokument som styrker den nya adressen.

Del 5: Godkännande

Om du har en samägd försäkring kommer den nya adressen att gälla för samtliga försäkringstagare, därför behöver vi underskrift av er alla. Jag/Vi bekräftar härmed att ovan information är korrekt och Jag/Vi accepterar att all fortsatt korrespondens gällande min försäkring kommer att skickas till ovan adress från och med angivet datum.

1:a Försäkringstagare:

Underskrift

Namnförtydligande

Datum

2:a Försäkringstagare (om tillämpligt)

Underskrift

Namnförtydligande

Datum

Fler försäkringstagare:

Vänligen fyll i en till blankett