

Försäkringsgivarens uppgifter

Släktnamn

Förnamn

Personbeteckning (/födelsedatum och -ort)

Dop

Jag försäkrar att jag har blivit döpt i en kristen kyrka / ett kristet trossamfund

Församling, trossamfund, ort och land

Dopdatum och -plats (om känt)

Medlemskap i en kristen kyrka / ett kristet trossamfund

Jag försäkrar att jag är medlem i följande kristna kyrka / kristet trossamfund

Kyrkans/trossamfundets namn

____ / ____ 20 ____

Datum

Ort

Underskrift

Vi intygar att ovannämnda uppgifter är korrekta

____ / ____ 20 ____

Datum

Ort

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande