



FULDMAGT

Fuldmagt vedrørende mine skader og forsikringer hos If

Som forsikringselskab er vi pålagt en række juridiske krav, bl.a. må vi ikke udtale os om dine skader, skadesager og forsikringer til andre end dig. Det sikrer, at ingen kan misbruge dit navn og CPR-nummer, hvis de henvender sig til os uden din accept.

Hvis du ønsker, at andre skal have adgang til dine skadesager og forsikringer, skal du udfylde denne fuldmagt.

Fuldmagtsgiver	
Fuldmagtsgivers fulde navn:	
Fuldmagtsgivers CPR-nummer:	Fuldmagtsgivers mailadresse:

Fuldmagtshaver	
Fuldmagtshavers fulde navn:	
Fuldmagtshavers CPR-nummer:	Fuldmagtshavers mailadresse:

Fuldmagtens betingelser	
Fuldmagten vedrører:	Hvad skal fuldmagthaver have ret til?
Fuldmagtens udløbsdato:	
Hvis du har valgt at fuldmagten kun gælder bestemte policenumre eller kun én konkret sag, så skal du oplyse policenumre og hvilken konkret sag, der gives fuldmagt til her:	

Med min anmodning om fuldmagt til anden person, bekræfter jeg som fuldmagtsgiver at If, som er i besiddelse af denne anmodning, må handle efter ovenstående. Fuldmagten gælder i maksimum 3 år fra anmodningstidspunktet, hvorefter fuldmagtsgiver skal forny den, hvis den fortsat skal gælde. Fuldmagtsgiveren kan til enhver tid tilbagekalde fuldmagten. Tilbagekaldelsen har virkning fra det tidspunkt, hvor tilbagekaldelsen er meddelt til If.

Sted og dato

Fuldmagtsgiver underskrift