

Denna fullmakt gäller en månad från datumet nedan och ger fullmaktsinnehavaren:

- Information om försäkringens innehåll
- Information om premiebetalningar
- Information om skadehistorik
- Information om undantag (reservationer)

Gäller tills vidare om inget annat anges för:

- God man Framtidsfullmakt
- Att göra ändringar på försäkringen
- Säga upp försäkringen
- Anmäla skada
- Begära ut tidigare brev
- Annat:

Återkallelse av fullmakt från datum nedan

- Jag återkallar min fullmakt för (fullmaktstagare)
- Jag återkallar samtliga fullmakter som finns

Försäkringstagare/Fullmaktsgivare

Förnamn Efternamn *	Försäkringsnummer *
Personnr (år, mån,dag, nr)*	Djurets namn

Fullmaktstagare

Förnamn Efternamn *	Personnr (år, mån,dag, nr)*
Adress	Postadress

Underskrift försäkringstagare

Datum *	Ort
..... Försäkringstagarens namnteckning *	

*Obligatoriska fält