

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

Information om försäkringens innehåll

Information om skadehistorik

Information om premieinbetalningar

Information om undantag (reservationer)

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