

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Information om försäkringens innehåll | <input type="checkbox"/> Information om skadehistorik |
| <input type="checkbox"/> Information om premieinbetalningar | <input type="checkbox"/> Information om undantag (reservationer) |
| <input type="checkbox"/> Rätt att avsluta försäkringen när fullmaktstagaren har tecknat ny försäkring | |

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