

Fullmakten gäller tillsvidare fram till att försäkringsbolaget får en anmälan om att den sägs upp.

<b>Fullmaktsgivare</b>	Namn	Personbeteckning/FO-nummer
	E-postadress	Telefon
<b>Befullmäktigad</b>	Namn	Personbeteckning/FO-nummer
	Adress	
	Postnummer och ort	
	E-postadress	Telefon
<b>Fullmaktens innehåll</b>	<p><b>Befullmäktigad</b></p> <p>Får sköta skadeärendet som anges nedan. Den befullmäktigade har rätt att få nödvändiga skade- och försäkringsuppgifter för skötseln av skadeärende.</p> <p>Försäkringsnummer _____</p> <p>Skadenummer, om uppgift finns _____</p> <p>Annan specificering _____</p> <p><input type="checkbox"/> Får inte    <input type="checkbox"/> Får ta emot försäkringsersättningen</p> <p><input type="checkbox"/> Får inte    <input type="checkbox"/> Får avtala om ersättningsbelopp</p> <p><b>Befullmäktigad</b></p> <p><input type="checkbox"/> Har inte    <input type="checkbox"/> Har rätt att få tillgång till de uppgifter om fullmaktsgivarens hälsotillstånd som Lokaltapiola har tillgång till och som är nödvändiga för skötseln av skadeärendet.</p> <p><input type="checkbox"/> Har inte    <input type="checkbox"/> Har rätt att få uppgifter om fullmaktsgivarens ekonomiska ställning, vilka är nödvändiga för skötseln av skadeärendet (t.ex. inkomstuppgifter eller uppgifter om obetalda premier)</p>	
<b>Underskrift</b>	Ort och datum	Fullmaktsgivarens (för en minderårig fullmaktsgivare vårdnadshavarens) underskrift och namnförtydligande
	För en företagskund fullmaktsgivarens ställning i företaget.	