lärarförsäkringar

Fullmakt privatperson

Fullmaktsgivare	Namn	Personnummer
	Adress	
	E-post	Telefon (även riktnr)

Fullmaktshavare	Namn	Personnummer
	Adress	
	E-post	Telefon (även riktnr)

Fullmaktens omfattning Kryssa för det alternativ som ska gälla	Jag ger ovan angiven fullmaktshavare fullmakt att på mina vägnar företräda mig avseende nedan angivna åtgärder i Lärarförsäkringar: ☐ För min räkning inhämta information i alla ärenden gällande försäkring. ☐ För min räkning göra ändringar i befintliga försäkringar inklusive uppsägning av försäkring samt genomföra nyteckning av försäkring.

Fullmaktens giltighet	Fullmakten gäller tills vidare, om inget annat anges.		Fr.o.m. – t.o.m.
Underskrift Fullmaktsgivare	Datum	Namnteckning	

Bevittning	
Vittne 1. Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevittnas	**Vittne 2. Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevittnas**
Datum	Datum
Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Adress	Adress
Personnummer	Personnummer
Telefon (även riktnr)	Telefon (även riktnr)

Returnera fullmakten till: Lärarförsäkringar, Box 5097, 102 42 Stockholm.