

# FULLMAKT



## Avseende djurförsäkring

Fullmakten måste sändas till If i original för att vara giltig.

Försäkringsnummer \_\_\_\_\_

Jag \_\_\_\_\_ medger att \_\_\_\_\_  
(Försäkringstagarens för- och efternamn) (För- och efternamn på den som ska få ta del av försäkringen)

\_\_\_\_\_ (Försäkringstagarens personnummer)

\_\_\_\_\_ (Personnummer på den som ska få ta del av försäkringen)

### Markera aktuellt/aktuella alternativ:

får ta del av uppgifter i försäkringen

får ta emot ersättning för veterinärvårdskostnader

får ta emot ersättning ur livförsäkring

**Giltig t.o.m:** Markera ett alternativ

Tills vidare

Ange datum: \_\_\_\_\_

### Vänligen ange kontonummer samt adress till den som ska ta emot eventuell ersättning.

Kontonummer inklusive clearingnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Mejladress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Underskrift

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Försäkringstagarens underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

### FULLMAKTEN SKICKAS TILL:

If  
P10  
106 80 Stockholm

If Skadeförsäkring AB (publ)  
**Org.nr:** 516401-8102  
**Säte:** Stockholm  
**Huvudkontor:** Barks väg 15, Solna

**Telefon:** 0770-117 177  
www.if.se