

Mine oplysninger

Navn	CPR-nr.
------	---------

Jeg giver hermed fuldmagt til, at

Navn	CPR-nr.
Adresse	
E-mail	
Telefonnr.	Mobilnr.

Må anmelde min skade/lidelse, som er

samt give og modtage oplysninger om skaden/lidelsen og mine forsikringer, herunder oplysninger om:

Sæt kryds
<input type="checkbox"/> min dækning ved tab af erhvervsevne, f.eks hvor meget jeg kan få udbetalt samt eventuel fritagelse for indbetaling
<input type="checkbox"/> min sundhedssikring
<input type="checkbox"/> min dækning ved visse kritiske sygdomme og hvor meget, jeg kan få udbetalt, f.eks hvor meget jeg kan få udbetalt
<ul style="list-style-type: none">• min person - for eksempel navn, adresse og CPR-nummer• helbredsoplysninger, der er relevante for min skade/lidelse• andet _____

Du kan trække fuldmagten tilbage

Fuldmagten fortsætter, så længe du lever. Du kan dog altid trække fuldmagten tilbage, hvis du ønsker det.	
Du skal bare skrive til os på www.danicapension.dk/skriv eller til Danica Pension, Parallelvej 17, 2800 Kongens Lyngby.	
Dato	Fuldmagtgivers underskrift