

### Mine oplysninger

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

Jeg giver hermed fuldmagt til, at

Navn	CPR-nr.
Adresse	
E-mail	

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, f.eks hvor meget jeg kan få udbetalt
<ul style="list-style-type: none"><li>• min person - for eksempel navn, adresse og CPR-nummer</li><li>• helbredsoplysninger, der er relevante for min skade/lidelse</li><li>• andet _____</li></ul>

### 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 <a href="http://www.danicapension.dk/skriv">www.danicapension.dk/skriv</a> eller til Danica Pension, Parallelvej 17, 2800 Kongens Lyngby.	
_____	_____
Dato	Fuldmagtgivers underskrift