

Fullmakten bifogas till ersättningsansökan.

Fullmakts- tagare	Namn	Personbeteckning
	Näradress	
	Postnummer och postanstalt	
	E-postadress	Telefon
Fullmakt	Jag befullmäktigar fullmaktstagaren att sköta ärenden nedan	
	<input type="checkbox"/> Sköta ersättningsärendet med försäkringsfallsnumret _____	
	och med försäkringsnumret _____	
	Kontonummer för ersättning	
	Annat, vad?	
Fullmakts- givare	Ort och datum	
	Fullmaktsgivare	Personbeteckning
	Underskrift och namnförtydligande	
	Ort och datum	
	Fullmaktsgivare	Personbeteckning
	Underskrift och namnförtydligande	