

## FULLMAKT TIL Å INNHENTE FORSIKRINGSdokumenter

Jeg, \_\_\_\_\_  
født (mm.dd.åååå) \_\_\_\_\_ gir herved If Skadeforsikring NUF,  
org.nr. 981 290 666, fullmakt til å si opp alle mine forsikringer samt innhente mine  
forsikringsdokumenter (forsikringsbevis, pris og vilkår) hos WaterCircles.

Denne fullmakten omfatter ikke innhenting av eventuelle sensitive helseopplysninger oppgitt i  
helseskjema.

Denne fullmakten er gyldig i 90 dager fra signeringsdato.

E-post: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Fornavn, etternavn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signatur

\_\_\_\_\_  
Sted/dato

I samarbeid med:



Returadresse:

POSTBOKS 240, 1326 LYSAKER

e-post på LMK@if.no