



Med denna fullmakt kan du befullmäktiga en annan person att sköta trafikskadeärenden och återkalla en tidigare fullmakt.

Jag befullmäktigar

Den befullmäktigades uppgifter	Den befullmäktigades namn	
	Utdelningsadress	
	Postnummer	Postanstalt
	Telefon dagtid (även riktnummer)	E-postadress

att för min del sköta trafikskadeärenden.

Skadebeteckning (ifall känd)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
-------------------------------------	---

Ersättningarna som beviljas från trafikförsäkringen betalas (välj ett alternativ)

Betalning av ersättningar	<input type="checkbox"/> till den befullmäktigades konto. <input type="checkbox"/> till patientens eller annan ersättningssökandes konto. <input type="checkbox"/> till intressebevakarens (vårdnadshavarens eller förmyndarens) konto (då den ersättningssökande är minderårig eller annars omyndig).
----------------------------------	---

Kontonummer (i IBAN-form)	Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form, 18 tecken)	Kontoinnehavarens namn
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fullmaktens giltighet	Fullmakten upphör att gälla när du skickar ett meddelande till Trafikförsäkringscentralen om fullmaktens upphörande <input type="checkbox"/> Jag vill återkalla en tidigare fullmakt.	<input type="text"/> Den befullmäktigades namn
------------------------------	--	---

Datum och fullmaktsgivarens underskrift	<input type="text"/> Datum	
	<input type="text"/> Fullmaktsgivarens underskrift	
	<input type="text"/> Namnförtydligande	<input type="text"/> Personbeteckning