

# FULLMAKT VID DÖDSFALL

Trafikförsäkringscentralen  
PB 2, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN  
Telefon 040 450 4520, Fax 040 450 4695  
www.lv.k.fi

Trafik  
Försäkrings  
centralen



## Jag befullmäktigar

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

## att sköta det trafikskadeärendet som berör

<b>Den avlidnes namn</b>	_____
--------------------------	-------

## dödsbo samt att söka och lyfta ersättningar som betalas på grund av skadan.

<b>Skadebeteckning (ifall känd)</b>	□□ - □□□□□ - □□□□□ - □□□□
-------------------------------------	---------------------------

## Ersättningarna som beviljas från trafikförsäkringen betalas till kontot

<b>Kontonummer (i IBAN-form)</b>	Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form, 18 tecken)	Kontoinnehavarens namn
	□□□□□□□□□□□□□□□□□□	_____

<b>Datum och fullmaktsgivarens underskrift</b>	_____ . _____ . _____ Datum
	_____ Fullmaktsgivarens underskrift
	_____ Namnförtydligande