

Fuldmagt

Fuldmagtsgiver	
Navn:	CPR-nummer:

Fuldmagtshaver	
Navn:	CPR-nummer/CVR-nummer:
E-mail:	

Jeg giver hermed samtykke til at fuldmagthaver må repræsentere mig i sagen mellem mig og Mølholm Forsikring.

Den som har fuldmagt mellem mig og Mølholm Forsikring:

- **har indsyn i sagen**
- **kan forhandle om krav**
- **holde sig opdateret om sagen og**
- **bistå mig med at formidle og modtage oplysninger.**

Du skal være opmærksom på, at videregivelse af relevante oplysninger kan vedrøre private forhold, som fx helbredsoplysninger der normalt anses for værende fortrolige og sensitive.

Hvor lang tid gælder fuldmagten

Din fuldmagt gælder i 1 år fra underskriftdato.

Underskrift	
Dato:	Underskrift:

Tilbagekaldelse af fuldmagt

Du kan til enhver tid tilbagekalde fuldmagten hvis du fortryder jf. aftaleloven § 16, ved skriftligt at give Mølholm Forsikring besked.