



Fuldmagt

Oplysninger om fuldmagten

Jeg giver fuldmagt til, at

Navn

Adresse

Postnummer og by

Telefon

Evt. e-mail

kan repræsentere mig overfor AkademikerPension, herunder stå for al korrespondance, søge om forsikringsydelser på mine vegne og i nødvendigt omfang modtage og videregive oplysninger om mit helbred og mine sociale forhold i forbindelse med:

Min ansøgning om ydelser på grund af erhvervsevnetab

Min ansøgning om udbetaling på grund af kritisk sygdom

Andet - skriv så præcist som muligt, hvad det drejer sig om:

Fuldmagten giver ikke ret til at modtage eventuel udbetaling

Oplysninger om dig

Navn

CPR-nummer

Adresse

Postnummer og by

Din underskrift

Fuldmagten er gældende i et år fra datoen for underskriften.

Du skal sende fuldmagten til os via vores kontaktformular.

Dato

Underskrift