

Den avlidne	Namn		Personbeteckning
	Dödsdag		
Befullmäktigad	Namn		Personbeteckning
	Adress	Postnummer	Postnummer
	E-post		Telefon
Befullmäktigande Välj vid varje punkt ett av alternativen	<p>Den befullmäktigade är berättigad att representera dödsboet vid handläggning av försäkrings- och skadeärenden med Pohjola Försäkring Ab. Den befullmäktigade är också berättigad att representera dödsboet vid handläggning av ersättningsärenden med OP-Livförsäkrings Ab</p> <p><input type="checkbox"/> Får be om uppgifter om försäkringsskydd som är i kraft</p> <p><input type="checkbox"/> Får göra ändringar i försäkringsskyddet</p> <p><input type="checkbox"/> Får godkänna nya försäkringar</p> <p><input type="checkbox"/> Får säga upp försäkringar</p> <p><input type="checkbox"/> Får sköta skade- och ersättningsärenden där dödsboet är förmånstagare</p> <p><input type="checkbox"/> Får fastställa på vilket konto försäkringsersättningen utbetalas</p> <p><input type="checkbox"/> Får fastställa mottagare av ersättning (gäller inte livförsäkringsersättningar)</p>		
<b>Fullmakten gäller tillsvidare, tills försäkringsbolaget fått ett skriftligt meddelande om att den upphört att gälla.</b>			
Underskrift (underskrift av alla delägare i dödsboet)	Ort och datum		
	Namn	Personbeteckning	Underskrift

Returnera fullmakten samtidigt med en kopia av bouppteckningen portofritt under adress

Pohjola Försäkring Ab  
Kod 5010451  
00003 SVARSFÖRSÄNDELSE