



AXA
Ersättningstjänst,
PB 67,
00501 Helsingfors

Fullmakt

För att vi skall kunna handlägga din ansökan, behöver vi denna fullmakt ifylld och undertecknad.

PERSONUPPGIFTER Ersättningssökande fyller i

Försäkrades för- och efternamn	
Personbeteckning	
Adress	
Postnummer och -postort	

Ersättningssökandens befullmäktigande och underskrift

FÖRBINDELSE OCH BEFULLMÄKTIGANDE

Jag förbinder mig att använda alla de ersättningar som betalas utgående från denna ansökan till att betala min kredit till den kreditgivare som nämns i kreditavtalet. Jag godkänner att min försäkringsersättning betalas till ovan nämnda konto, som kan ändras endast med kreditgivarens och undertecknads godkännande. Jag försäkrar att samtliga uppgifter jag lämnat är korrekta. Om någon av de ovan nämnda uppgifterna som jag har gett (eller någon annan behörigen befullmäktigad person har gett för mig) är inkorrekt, inser jag att rätten till ersättningarna kan gå förlorad och försäkringsskyddet upphöra.

Jag befullmäktigar AXA för handläggning av denna ersättningsansökan att be om och ta emot uppgifter om mitt yrke och min hälsa samt andra nödvändiga uppgifter från min arbetsgivare, tidigare arbetsgivare, Arbetskraftsmyndigheter, arbetslöshetskassor, Folkpensionsanstalten, skattebyråer, läkare, sjukhus, hälsocentraler, mentalvårdsbyråer, försäkringsbolag och kreditgivare.

AXA underrättar kreditgivaren om betalning av ersättning samt om negativa ersättningsbeslutet och förbinder sig att betala ersättningarna endast till det konto som nämnts ovan. AXA behandlar personlig information i enlighet med lagen och bestämmelsen för sekretesspolicy. AXAs sekretesspolicy och annan information om sekretesspolicy hittas från adressen clp.partners.axa.fi/sekretesspolicy.

Av det här befullmäktigandet får tas kopior.

Datum och ort		
Den försäkrades underskrift	Namnförtydligande	