



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

FULLMAKT

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 behandlar personlig information i enlighet med lagen och bestämmelsen för sekretesspolicyn. 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	