

FULLMAKT

Försäkringsnummer _____

Djurets namn _____

Försäkringstagare _____

Personnummer _____

Fullmaktshavaren _____

Personnummer _____

Telefonnummer _____

Gatuadress _____

Postnummer _____

Stad _____

Jag ger behörighet till fullmaktshavaren att:

- få information om försäkringen
- anmäla skada
- göra ändringar i försäkringen
- säga upp försäkringen

Datum och plats _____

Försäkringstagarens underskrift _____

*Skicka den ifyllda fullmakten via posten till:
Agria Eläinvakuutus, Skogsjungfrugränden 6, 02130 ESBO
eller via e-post till asiakaspalvelu@agria.fi*

*Observera att fullmakten bör signeras med bläckpenna,
även om du skickar den via e-post.*