Fullmakt

Fullmakten kan skickas in via www.dkvhalsa.se eller portofritt till:
DKV Hälsa, Svarspost 20803368, 110 12 Stockholm

Fullmaktsgivare - person med försäkring hos DKV Hälsa

Efternamn Förnamn

Försäkringsnummer* E-post Mobilnummer privat

*Med försäkringsnummer menas individens personliga försäkringsnummer, finns i försäkringsbrevet

Fullmaktshavare - tex. förälder, assistent, partner

Efternamn Förnamn

E-post Mobilnummer privat

Fullmaktsgivarens signatur

Jag (fullmaktsgivaren) har en försäkring hos DKV Hälsa och jag ger härmed personen ovan (fullmaktshavaren) rätt att företräda mig i kontakt med DKV Hälsa gällande allt som rör min försäkring. Detta inkluderar rätten att få tillgång till samtlig information om min försäkring, villkor, eventuella klausuler och andra hälsorelaterade upplysningar samt möjlighet att boka vård för mig.

Jag intygar att fullmakten är giltig tills jag återkallar den. Fullmakten upphör att gälla om min försäkring avslutas.

Ort Datum Förmedlarens underskrift