

# Ombudsfullmakt



## FÖRSÄKRINGSNUMMER

---

Fullmakt för (namn)

Personnummer

									-					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Mejladress

Telefonnummer

Ombudets namn

Ombudets personnummer

									-					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Ombudets mejladress

Ombudets telefonnummer

Ombudet har min tillåtelse att hantera mina ärenden tillhörande ovan försäkringsnummer hos If.  
Ombudet får också besluta vilket konto eventuell ersättning ska betalas till.

Datum och ort

Underskrift

Fullmakten gäller från undertecknandet och under den tid som försäkringen enligt ovan är gällande.  
Fullmakten kan när som helst återkallas genom att jag kontaktar If.

If behandlar personuppgifter i enlighet med tillämplig försäkrings- och dataskyddslagstiftning. Mer information om behandling av personuppgifter (GDPR) finns på [www.if.se/hantering-av-personuppgifter](http://www.if.se/hantering-av-personuppgifter)

---

**SKICKAS TILL:** [travel@if.se](mailto:travel@if.se)