

## Fullmakt

Med denna fullmakt kan du befullmäktiga en annan person att sköta trafikskadeärenden och återkalla en tidigare fullmakt.

## Befullmäktigande

Jag befullmäktigar den nedan nämnda personen att för min del sköta trafikskadeärenden.

### Den befullmäktigades uppgifter

Den befullmäktigades namn

Utdelningsadress

Postnummer

Postanstalt

Telefon dagtid (även riktnummer)

E-postadress

### Skadebeteckning (ifall känd)

## Betalning av ersättningar

Ersättningarna som beviljas från trafikförsäkringen betalas (välj ett alternativ)

till den befullmäktigades konto

till patientens eller annan ersättningssökandes konto

till intressebevakarens (vårdnadshavarens eller förmyndarens) konto (då den ersättningssökande är minderårig eller annars omyndig).

## **Bankkonto- och kontoinnehavareinformation**

Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form, 18 tecken)

Kontoinnehavarens namn

## **Fullmaktens giltighet**

Fullmakten upphör att gälla när du skickar ett meddelande till Trafikförsäkringscentralen om fullmaktens upphörande.

Jag vill återkalla en tidigare fullmakt.

Den befullmäktigades namn

## **Datum och fullmaktsgivarens underskrift**

Datum

Fullmaktsgivarens underskrift

Namnförtydligande

Personbeteckning

Trafikförsäkringscentralen

PB 2, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tfn 040 450 4520

[www.lvk.fi/sv](http://www.lvk.fi/sv)