

FULLMAKT

Fullmaktsgivare (namn):

Personnummer:

Kundnummer:

Försäkring/skada:

Härmed ger jag ovanstående ombud rätt att å mina vägnar företräda mig gällande mina försäkringar och tjänster, inklusive uppsägning, hos SBM Försäkringar AB.

Datum och ort:

Signatur:

Namnförtydligande:

