

Fullmakten kan skickas in via www.dkvhalsa.se eller portofritt till:
DKV Hälsa, Frisvar 121 420 300, 110 00 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

Fullmaktsgivarens underskrift