



FULDMAGT TIL OPSIGELSE AF NUVÆRENDE LØNSIKRING/TILLÆGSFORSIKRING

Undertegnede

Navn			
Adresse			
Postnummer		By	
Cpr-nummer			

Opsiger min nuværende lønsikring/tillægsforsikring i forsikringselskab: _____

Jeg giver FTFa fuldmagt til at videregive opsigelsen til ovennævnte forsikringselskab.

Dato _____ Underskrift _____

Blanketten indsendes til:

FTFa
Snorresgade 15
2300 København S
eller indscannet til **loensikring@ftfa.dk**