

FULDMAGT TIL OPSIGELSE AF NUVÆRENDE LØNSIKRING/TILLÆGSFORSIKRING

Undertegnede

Navn			
Adresse			
Postnummer		By	
Cpr-nummer			

Opsiger min nuværende lønsikring/tillæggsforsikring i forsikringselskab: _____

Jeg giver FTF-A fuldmagt til at videregive opsigelsen til ovennævnte forsikringselskab.

Dato

Underskrift

Blanketten indsendes til:

FTF-A
Snorresgade 15
2300 København S

eller indscannet til loensikring@ftf-a.dk