

FULDMAGT TIL OPSIGELSE AF NUVÆRENDE LØNSIKRING/TILLÆGSFORSIKRING

Undertegnede

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____

Cpr.nr.: _____

Opsiger min nuværende lønsikring/tillægfsikring i forsikringsselskab:

Jeg giver A&Til og FIRST, der administrer forsikringen, fuldmagt til at videregive opsigelsen til ovennævnte forsikringsselskab.

Dato: _____

Underskrift: _____

Blanketten indsendes til:

A&Til
Snorresgade 15
2300 København S

Eller indscannet til loensikring@aogtil.dk