

Lämna fullmakten till den befullmäktigade personen och till LPA.

Fullmaktsgivare

Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning
Näradress, postnummer och postanstalt	
E-postadress	Telefonnummer

Jag ger nedanstående person fullmakt att sköta LFÖPL- och OFLA-försäkringsärenden på mina vägnar i den omfattning som här anges. Oberoende av sekretessbestämmelserna har fullmaktshavaren rätt att få de uppgifter av LPA om mig och mitt försäkringsärende som behövs för att sköta ärendet.

Fullmaktshavare

Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning
E-postadress	Telefonnummer

Fullmaktens omfattning

- Ansöka om försäkring
Den försäkrades arbete upphör / avsluta försäkringen
- Justera arbetsinkomsten i lantbruksföretagarförsäkringen och eventuellt avsluta försäkringen som en följd av det samt ansöka om ny försäkring
(lantbruksföretagare)
- Annat, vad?

Giltighetstid

Fullmakten är i kraft	
Tills vidare från (datum)	Under perioden (dag.mån.år–dag.mån.år)

Fullmaktsgivarens underskrift

Genom att underteckna fullmakten förstår och godkänner jag att de uppgifter som fullmaktshavaren lämnar i en ansökan betraktas som lämnade av mig och som bindande för mig.

Plats och datum
Underskrift och namnförtydligande