

---

**Undertegnede (fuldmagtsgiver):**

Navn	
Adresse	
Postnr.	By
CPR-nr.	

giver hermed fuldmagt til, at (fuldmagtstager):

---

**Fuldmagtstager**

Navn	
Adresse	
Postnr.	By
CPR-nr.	

fremadrettet kan varetage mine forsikringer i Codan Forsikring A/S (herefter Codan) i forbindelse med køb, opsigelser, ændringer og i skadesituationer. Jeg giver derfor også samtykke til, at Codan må dele mine helbredsoplysninger med fuldmagtstager, hvis det er nødvendigt for at varetage mine forsikringsforhold.

Jeg kan til enhver tid trække min fuldmagt tilbage ved at kontakte Codan på 33 55 55 55 eller [codan@codan.dk](mailto:codan@codan.dk). Fuldmagten er gældende, så længe forsikringen er i kraft, eller til jeg tilbagekalder den.

Ved min underskrift bekræfter jeg også, at fuldmagtstager har givet sit samtykke til, at Codan må behandle vedkommendes CPR-nummer for entydigt at kunne identificere fuldmagtstager, og at jeg kan dokumentere dette, hvis Codan beder om det.

---

**Underskrift**

Dato	Fuldmagtsgivers underskrift
------	-----------------------------