



## FULDMAGT TIL OPSIGELSE AF NUVÆRENDE LØNSIKRING/TILLÆGSFORSIKRING

Undertegnede

Navn			
Adresse			
Postnummer		By	
Cpr-nummer			

Opsiger min nuværende lønsikring/tillæggsforsikring i forsikringselskab:

\_\_\_\_\_

Jeg giver FTFa og First, der administrer forsikringen, 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**