



# Fuldmagt til direkte skadesrefusion hos GF Forsikring

## Undertegnede:

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr og by: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Policenummer: \_\_\_\_\_

1

Giver hermed tilladelse til at \_\_\_\_\_

(klinik)

må anmelde skade og få eventuel erstatning overført direkte i forbindelse

med \_\_\_\_\_'s (dyrets navn) behandling for

\_\_\_\_\_  
(diagnose).

2

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift

Regning(er) sendes til [indbo2@gfforsikring.dk](mailto:indbo2@gfforsikring.dk) sammen med fuldmagt.  
Diagnose skal fremgå af regning eller fuldmagt.

GF Forsikring overfører eventuel erstatning til klinikkens konto.  
Korrekt CVR- og kontonummer skal fremgå af regning.