

FÖRMEDLINGSFULLMAKT, privatperson (SFM-Förmedlare)

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn

Organisationsnummer

								-				
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

eller den som denne skriftligen sätter i sitt ställe,

att inhämta information och företräda mig beträffande mitt nuvarande och framtida försäkringsskydd rörande

- av mig¹ ägda personförsäkringar, inkl. vårdförsäkring,
- kollektivt avtalade försäkringar där jag är insatt som försäkrad,
- övriga försäkringsavtal där jag är insatt som försäkrad.

Fullmakten avser även rätt att inhämta all den information som jag själv har rätt att få del av avseende såväl min premie-, inkomst- och garantipension som, i förekommande fall, min allmänna tilläggspension (ATP), samt även information om mitt sparande i IPS och pensionsutfästelse tryggad i pensionsstiftelse eller genom kontoavsättning.

Denna fullmakt upphäver i förekommande fall tidigare utfärdade fullmakter för ovan angivna frågor och gäller till dess fullmakten skriftligen återkallas eller ersätts av ny fullmakt.

Ort

Datum (åååå)

--	--	--	--

(mm)

--	--

(dd)

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

Personnummer

								-				
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Ansvarig försäkringsförmedlare

Förnamn

Efternamn

Assistent

Förnamn

Efternamn

Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail

Assistent, e-mail

Alecta

--	--

AMF

--	--

Danica

--	--

Folksam

--	--

HB Liv

--	--

Länsförsäkringar

--	--

Movestic

--	--

SEB Trygg Liv

--	--

Skandia

--	--

SPP Liv

--	--

Trygg-Hansa

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

¹ i egenskap av privatperson och försäkrad (arbetsgivare omfattas därmed inte)