

INFORMATIONSFULLMAKT, arbetsgivare (SFM-Förmedlare)

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn

Organisationsnummer

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

eller den som denne skriftligen sätter i sitt ställe,

att inhämta information beträffande

- personförsäkringar, inkl. vårdförsäkring, som ägs av oss eller som har tagits i samband med tjänst och för vilken vi betalar eller har betalat premie,
- pensionsutfästelse tryggad i pensionsstiftelse eller genom kontoavsättning.

☐ Fullmakten gäller för samtliga anställda.

☐ Fullmakten gäller för samtliga anställda med undantag för i komplettering särskilt angivna personer.

☐ Fullmakten gäller endast för i komplettering särskilt angivna personer.

Med "anställda" avses även tidigare anställd och, efter anställds död, insatt förmånstagare.

GILTIGHETSTID

Denna fullmakt gäller:

☐ tills vidare

☐ till och med

Datum (åååå)

--	--	--	--

(mm)

--	--

(dd)

--	--

Observera! Om ett datum har angivits gäller detta som fullmaktens sluttidpunkt. Fullmakten gäller längst till den tidpunkt den återkallas.

Ort

Datum (åååå)

--	--	--	--

(mm)

--	--

(dd)

--	--

Fullständigt företagsnamn

Organisationsnummer

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

Underskrift av behörig företrädare

Namnförtydligande

Ansvarig försäkringsförmedlare, namn

Assistent, namn

Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail

Assistent, e-mail

Alecta

--	--

AMF

--	--

Folksam

--	--

Futur Pension

--	--

HB Liv

--	--

Länsförsäkringar

--	--

Movestic

--	--

SEB Trygg Liv

--	--

Skandia

--	--

SPP Liv

--	--

Trygg-Hansa

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Komplettering av informationsfullmakt, arbetsgivare

Datum då förmedlingsfullmakten undertecknades: Datum (åååå) (mm) (dd)

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

"Fullmaktshavare"

Fullständigt företagsnamn Organisationsnummer

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

Kompletteringen avser:

- ☐ **Undantag** – Personer som anges nedan ska undantas från den ovan angivna informationsfullmakten. Fullmaktens omfattning för övriga anställda påverkas inte av denna komplettering.
- ☐ **Tillägg** – Personer som anges nedan ska omfattas av den ovan angivna informationsfullmakten. Fullmaktens omfattning för övriga anställda påverkas inte av denna komplettering.

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

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

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

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

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

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

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

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

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

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

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

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

"Fullmaktsgivare"

Ort Datum (åååå) (mm) (dd)

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

Fullständigt företagsnamn Organisationsnummer

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

Underskrift av behörig företrädare Namnförtydligande

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