



INFORMATIONSFULLMAKT, privatperson (Sfm-Förmedlare)

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn

Organisationsnummer

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

eller den som denne skriftligen sätter i sitt ställe,

att inhämta information beträffande mitt försäkringsskydd rörande

- av mig 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.

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)

--	--

Namnsteckning

Namnförtydligande

Personnummer

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

Ansvarig försäkringsförmedlare, namn

Assistent, namn

Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail

Assistent, e-mail

Alecta

--	--

AMF

--	--

Danica

--	--

Folksam

--	--

HB Liv

--	--

Länsförsäkringar

--	--

Movestic

--	--

SEB Trygg Liv

--	--

Skandia

--	--

SPP Liv

--	--

Trygg-Hansa

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--

Annat

--	--