



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

Danica

Folksam

HB Liv

Länsförsäkringar

Movestic

SEB Trygg Liv

Skandia

SPP Liv

Trygg-Hansa

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

