



## 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