SFM SVENSKA FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARES FÖRENING

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)

Namnteckning

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