



## FÖRMEDLINGSFULLMAKT, arbetsgivare (Sfm-Förmedlare)

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn

Organisationsnummer

 - 

eller den som denne skriftligen sätter i sitt ställe,

- att inhämta information och företräda oss beträffande nuvarande och framtida försäkringsskydd rörande sådana personförsäkringar, inkl. vårdförsäkring, som ägs av oss eller som har tagits i samband med tjänst och för vilken vi betalar eller har betalat premie.

Fullmakten ger även rätt att inhämta information avseende 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.

Denna fullmakt upphäver i förekommande fall tidigare utfärdade fullmakter för ovan angivna frågor och anställda och gäller till dess fullmakten skriftligen återkallas eller ersätts av ny fullmakt.

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



## Komplettering av förmedlingsfullmakt, 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 förmedlingsfullmakten. Fullmaktens omfattning för övriga anställda påverkas inte av denna komplettering.
- Tillägg** – Personer som anges nedan ska omfattas av den ovan angivna förmedlingsfullmakten. 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

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