



## 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

