

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

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

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

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

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

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

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

--	--