

## 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 tryggnad 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

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

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

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

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

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

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

--	--