SFM SVENSKA FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARES FÖRENING

FÖRMEDLINGSFULLMAKT, privatperson
(Sfm-Förmedlare)

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer

eller den som denne skriftligen sätter i sitt ställe,

att inhämta information och företräda mig beträffande mitt nuvarande och framtida 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.

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

Ort | Datum (åååå) - (mm) - (dd)

Namnteckning

Namnförtydligande | Personnummer

Ansvarig försäkringsförmedlare, namn | Assistent, namn

Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail | Assistent, e-mail

Alecta	AMF	Folksam	Futur Pension
HB Liv	Länsförsäkringar	Movestic	SEB Trygg Liv
Skandia	SPP Liv	Trygg-Hansa	Annat
Annat	Annat	Annat	Annat
Annat	Annat	Annat	Annat