

Återkallelse av fullmakt (liv) (Sfm-Förmedlare)

Härmed återkallas fullmakt utfärdad den [infoga datum] på följande försäkringsförmedlare:

Fullständigt företagsnamn (Fullmaktshavare)

Organisationsnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 -

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

eller den som denne har satt i sitt ställe.

Företagsfullmakt

Återkallelsen avser (Sätt X i rutan till höger)

Förmedlingsfullmakt, arbetsgivare	<input type="checkbox"/>
Förmedlingsfullmakt, arbetsgivare, koncern	<input type="checkbox"/>
Informationsfullmakt, arbetsgivare	<input type="checkbox"/>
Informationsfullmakt, arbetsgivare, koncern	<input type="checkbox"/>

Fullständigt företagsnamn (Fullmaktsgivare)

Organisationsnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 -

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Underskrift av behörig företrädare

Namnförtydligande

Ort

Datum (åååå)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(mm)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(dd)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Individfullmakt

Återkallelsen avser (Sätt X i rutan till höger)

Förmedlingsfullmakt, privatperson	<input type="checkbox"/>
Informationsfullmakt, privatperson	<input type="checkbox"/>

Underskrift (Fullmaktsgivare)

Pers.nummer (åå-mm-dd)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(xxxx)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Namnförtydligande

Ort

Datum (åååå)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(mm)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(dd)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------