INFORMATIONSFULLMAKT, privatperson
(Sfm-Förmedlare)

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn: Försäkringskonsult Hamrén & CO

Organisationsnummer: 556724 - 9270

eller den som denne skriftligen sätter i sitt ställe,

att inhämta information beträffande mitt 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.

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)

Namnteckning

Namnförtydligande | Personnummer

Ansvarig försäkringsförmedlare, namn | Assistent, namn

Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail | Assistent, e-mail: service@forsakringskonsult.com

Alecta	AMF	Danica	Folksam
95444	1210	42261 7659	76164 78184
HB Liv	**Länsförsäkringar**	**Movestic**	**SEB Trygg Liv**
75609	89921 82699	B3256 26901-001	18553 67207
Skandia	**SPP Liv**	**Trygg-Hansa**	**Annat**
9CN61	51024 75609	79980 79981	070 26281M
Annat	**Annat**	**Annat**	**Annat**
84203	330002		
Annat	**Annat**	**Annat**	**Annat**