



INFORMATIONSFULLMAKT, privatperson (Sfm-Förmedlare)

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn

Collea AB

Organisationsnummer

5 5 6 9 9 7 - 6 9 4 6

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:

ange ett alternativ: tilloviclare eller till och med och ett datum

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)

- -

Namn-teckning

Namn-förtydligande

Personnummer

-

Ansvarig försäkringsförmedlare, namn

Per-Arne Warfving

Assistent, namn

Pernilla Börjesson

Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail

collea@fullmakt.nu

Assistent, e-mail

collea@fullmakt.nu

Alecta

95956

AMF

10403

Danica

7944

44211

Folksam

76473

70686

HB Liv

Länsförsäkringar

89254

22535

Movestic

B9806

SEB Trygg Liv

M86619

M86620

Skandia

9EE50

9EE51

SPP Liv

51112

78468

Trygg-Hansa

Annat

Euro Accident

68101

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat