

--

Uppgifter om dig som ger fullmakt (den försäkrade)

Förnamn och efternamn	Personnummer (ååmmdd-nnnn) -
-----------------------	---------------------------------

Uppgifter om den du ger fullmakt till (ombudet)

Förnamn och efternamn	Personnummer (ååmmdd-nnnn) -
Adress	Telefon dagtid (även riktnummer)
Postnummer och ort	

Fullmaktens innehåll

Fullmakten ger ombudet rätt att företräda dig i det aktuella ärendet hos Afa Försäkring tjänstepensionsaktiebolag och ta del av alla handlingar i ärendet.

Fullmakten ger inte ombudet rätt att motta ersättning som tillkommer dig eller bestämma till vilket bankkonto sådan ersättning ska betalas.

Om du vill göra ytterligare undantag från fullmaktens innehåll, ange det nedan (kryssa ruta):

Fullmakt ger inte ombudet rätt att ta del av sjukjournaler och läkarintyg.

Annat (beskriv):

Fullmaktens giltighet

Om du inte skriver något slutdatum nedan (kryssa ruta) gäller fullmakten till dess att den skriftligen återkallas av dig eller att det aktuella ärendet avslutas.

Fullmakten ska endast gälla till och med (datum) _____

Underskrift av dig som ger fullmakt

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning
------------------------------------	--------------

Fullmakten skickas till Afa Försäkring, 106 27 Stockholm

Information om Afa Försäkrings behandling av personuppgifter finns på www.afaforsakring.se/personuppgifter