

Allmän fullmakt för att sköta pensionsärenden

Fullmaktsgivare (pensionstagarens/ rehabiliterandes uppgifter)

Förnamn	Personbeteckning
Efternamn	
Adress	
Postnummer	Ort
Telefonnummer	
E-postadress	

Befullmäktigad

Förnamn	Personbeteckning
Efternamn	
Adress	
Postnummer	Ort
Telefonnummer	
E-postadress	

Fullmaktens innehåll

Jag befullmäktigar den ovan nämnda personen att sköta följande ärenden:

Sköta ärenden med pensionsbolag (namn/namnen): _____.

Ansöka om arbetspension eller förmån och ändringsansökan.

Sköta arbetspensions- och förmånsärenden (som inte innehåller hälsouppgifter).

Sköta alla arbetspensions- och förmånsuppgifter (inklusive eventuella hälsouppgifter).

Annat: _____.

Giltighet

Fullmakten gäller tills vidare. Fullmakten kan återkallas när som helst genom att skriftligen meddela till pensionsbolaget.
Tidsbundet giltig till: ___/___/____.

Datum och fullmaktsgivarens underskrift

Ort	Datum
Underskrift	