



## **UPPDRAG OM INFORMATIONSIHÄMTNING (INFORMATIONSFULLMAKT, PENSIONS KONTROLL)**

Den bifogade fullmakten ger Pensionskontroll (PK) rätt att på ditt och din försäkringsförmedlares uppdrag samla in information om dina försäkringar. Den information som samlas in kommer sedan att göras tillgänglig för din försäkringsförmedlare.

En del av de uppgifter som PK genomför vid informationsbearbetningen är tillståndspliktig försäkringsförmedling och av den anledningen har PK försäkringsförmedlingstillstånd hos Finansinspektionen.

Din försäkringsförmedlare samarbetar med PK för att vi tillsammans ska samla in information om dina försäkringar inför en eventuell flytt av ditt försäkringssparande. Din försäkringsförmedlare utför och ansvarar för rådgivningen.

Varken PK eller din försäkringsförmedlare äger rätt att, till utomstående, lämna information om dina försäkringar.

PK kommer, i samband med informationsinhämtandet rörande dina försäkringar, att behandla dina personuppgifter i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204). Vid frågor kontakta PK:s personuppgiftsombud via [pul@pensionskontroll.se](mailto:pul@pensionskontroll.se). Enligt PuL har du rätt att begära information om- och rättelse av de personuppgifter vi behandlar. Du kan kostnadsfritt ta del av de registrerade uppgifterna. Sådan begäran framställs skriftligen till vår adress som framgår nedan och ska vara undertecknad av dig som sökande.



## INFORMATIONSFULLMAKT, privatperson (Sfm-Förmedlare)

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn

Organisationsnummer

 - 

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)

Namnsteckning

Namnförtydligande

Personnummer

 - 

Ansvarig försäkringsförmedlare, namn

Assistent, namn

Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail

Assistent, e-mail

Alecta

AMF

Danica

Folksam

HB Liv

Länsförsäkringar

Movestic

SEB Trygg Liv

Skandia

SPP Liv

Trygg-Hansa

Nordnet

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat

Annat