

FULLMAKT - FÖRSÄKRING

Avser fullmakt från privatperson till Lifeplan.

Avser försäkring hos Försäkringsaktiebolaget Avanza Pension med depå hos Avanza Bank AB. Fullmakten används för att ge försäkringsförmedlaren rätt att erhålla information alternativt företräda en enskild kund angående dennes försäkring hos Avanza Pension.

Ange nedan om fullmakten avser informationsfullmakt eller skötselfullmakt. Fullmakt utan angivande fullmaktsslag hanteras av Avanza Pension som informationsfullmakt.

Blanketten skickas till Avanza Bank AB, Box 131 29, 103 03 Stockholm.

1 HÄRMED BEFULLMÄKTIGAS

Försäkringsförmedlarföretag Lifeplan AB	Förmedlarföretagets org.nr/personnr 556734-5649
Ansvarig försäkringsförmedlare	Förmedlarkod hos Avanza Bank AVA252
Förmedlarens e-post	
Assistent namn	Assistent kod
Assistent e-post	

eller den som denne skriftligen sätter i sitt ställe,

- att hos Avanza Pension inhämta information om mina försäkringar (**informationsfullmakt**). Fullmakten ger rätt att inhämta all den information som jag själv har rätt att få del av. Informationsfullmakten gäller i 10 år efter utfärdandet.
- att inhämta information om och företräda mig avseende mina nuvarande och framtida försäkringar i Avanza Pension (**skötselfullmakt**). Fullmakten ger bland annat rätt att inhämta all information som jag själv har rätt att få del av. Skötselfullmakten gäller så länge försäkringsförmedlarens skötseluppdrag består eller tills dess den skriftligen återkallas. Fullmakten upphäver tidigare utfärdade skötselfullmakter.

Personuppgiftslagen

De personuppgifter som försäkringsförmedlaren inhämtar och behandlar med stöd av denna fullmakt ska hanteras i enlighet med personuppgiftslagens (SFS 1998:204) bestämmelser.

2 UNDERSKRIFT

Ort	Datum (år, mån, dag)
Namnunderskrift	Personnr
Namnförtydligande	