

Informationsfullmakten

För att få den kostnadsfria sammanställningen av din pension måste du skicka in en informationsfullmakt.

- Med informationsfullmakten ger du oss rätt att inhämta och sammanställa din försäkringsinformation från försäkringsbolagen.
- Vi kan **inte** röra dina pengar eller ändra i dina försäkringar.
- Fullmakten påverkar **inte** ditt kapital och medför **inga** dolda eller övriga avgifter.
- Glöm inte att bifoga dina kontaktuppgifter, antingen med hjälp av formuläret kontaktuppgifter eller genom att skriva det i mailet/brevet.

Informationsfullmakten gäller tills vidare eller tills du själv skriftligen säger upp den. Fullmakten påverkar inte din nuvarande försäkringsmäklares skötsel av dina pensioner och/eller försäkringar.

SKRIV UT FULLMAKTEN, SIGNERA OCH SKICKA IN

Scanna och maila till: pension@carlstrompartners.se

Faxa till: 08 550 48 778

Posta till:
Carlström & partners Kapital AB
Engelbrektsgratan 9-11
114 32 Stockholm

Ring oss på: 08 550 48 770



INFORMATIONSFULLMAKT, privatperson

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn

Pensionskontroll i Sverige AB

Organisationsnummer

5 5 6 8 6 2 - 6 6 0 9

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)

2 0 1 - -

Namnteckning

Namnförtydligande

Personnummer (ååååmmdd)

(xxxx)

1 9 -

Ansvarig försäkringsförmedlare, namn

Assistent, namn

Pensionskontroll i Sverige AB

Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail

Assistent, e-mail

info@pensionskontroll.se

Alecta

95707

AMF

2113

Danica

7830

43230

Folksam

76318

79266

HB Liv

Länsförsäkringar

83172

Movestic

B8073

SEB Trygg Liv

57504

M57505

Skandia

9DK30

9DK31

SPP Liv

50081

76739

Trygg-Hansa

Avanza

AVA334

Salus ansvar

Swedbank

Nordnet

450002

Nordea

SEB Trygg Liv

57504

M57505

NPG Life

060/02001A

Annat

Annat

Kundkontakt

Johan Carlström

Carlström & Partner

IFP -02

Namn:

Företag:

Kontaktuppgifter

Namn.....

Tele.....

Mobil.....

Email.....

Ort.....