

INFORMATIONSFULLMAKT

Arbetsgivare

Härmed befullmäktigas **BLOMQUIST Försäkringstjänst KB – 969614-9369** – att såsom Försäkringsförmedlare inhämta information beträffande dels vårt försäkringsskydd rörande våra tjänsterelaterade kapital-, pensions-, sjuk- och olycksfallsförsäkringar meddelade för anställda, dels information avseende pensionsutfästelse tryggad i pensionsstiftelse eller genom kontoavsättning.

Fullmakten omfattar även sjukvårdsförsäkring

Med tjänsterelaterad försäkring avses för anställd meddelad försäkring, som ägs av oss eller som tagits i samband med tjänst och för vilken vi betalar premie.

Fullmakten gäller för samtliga anställda

Fullmakten gäller för samtliga anställda med undantag för i bilaga angivna personer

Fullmakten gäller endast för i bilaga angivna personer

Denna fullmakt gäller i 90 dagar från utfärdandet, såvida den inte dessförinnan återkallats.

Personuppgiftslagen (PUL)

De personer som Försäkringsförmedlaren inhämtar och behandlar med stöd av denna fullmakt skall hanteras i överenskommelse med Personuppgiftslagens (SFS 1998:204) bestämmelser

.....
Ort

.....
Datum

.....
Fullständigt företagsnamn

.....
Organisationsnummer

.....
Underskrift av behörig firmatecknare

.....
Namnförtydligande

Ansvarig försäkringsförmedlare (namn och e-mail)		Ansvarig assistent (namn och e-mail)	
Tom Blomquist tom.blomquist@telia.com			
Alecta	AMF Pension	Aspis Liv AB	Danica
70 211		340-01-001	
Folksam	HB Liv	Länsförsäkringar	Moderna försäkringar
75 294	4016	89 252 79 162	B0415
SEB Trygg Liv	Skandia	SPP Liv	Trygg-Hansa
3 6 3 6 6	3 9 4 7 0	9UA01	70 211
			36 366 39 470
			Annat:

