

# INFORMATIONSFULLMAKT

## Privatperson

Härmed befullmäktigas **BLOMQUIST Försäkrings tjänst KB** - 969614-9369 - att såsom Försäkringsförmedlare inhämta information beträffande mitt försäkringsskydd rörande dels av mig ägda kapital-, pensions-, sjuk- och olycksfallsförsäkringar, dels kollektivt avtalade försäkringar med mig i egenskap av försäkrad vald försäkringsgivare avseende ITP-K eller därmed jämställd försäkring.

Fullmakten omfattar även sjukvårdsförsäkring

Fullmakten avser rätt för Försäkringsförmedlaren 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)

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

### Personuppgiftslagen (PUL)

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

.....  
*Ort*

.....  
*Datum*

.....  
*Namnteckning*

.....  
*Namnförtydligande*

.....  
*Personnummer*

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:	