

+

## SKÖTSELFULLMAKT, arbetsgivare (Försäkringsförmedlare)

Härmed befullmäktigas

Namn Etos försäkringsmäklare AB	Organisationsnummer: 5   5   6   5   2   0   -   4   1   5   2
------------------------------------	---

att såsom försäkringsförmedlare med ensamrätt företräda oss i frågor beträffande vårt försäkringsskydd rörande våra tjänsterelaterade kapital-, pensions-, sjuk- och olycksfallsförsäkringar meddelade för anställda samt även 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 har tagits i samband med tjänst och för vilken vi betalar premie.

Avseende ITP-försäkring som grundas på kollektivavtal mellan Föreningen Svenskt Näringsliv och Privattjänstemannakartellen (PTK) skall denna fullmakt ses som en informationsfullmakt i förhållande till Alecta. Fullmakten ger således försäkringsförmedlaren rätt att från Alecta *endast* inhämta sådan information om anställdas försäkringsskydd som vi i egenskap av försäkringstagare har rätt att ta del av. Försäkringsförmedlaren är personuppgiftsbiträde vid behandlingen av fullmaktsgivarens Alecta-relaterade ITP-uppgifter.

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.

Fullmakten ger inte försäkringsförmedlaren rätt att för vår räkning upprätta eller förändra förmånstagarförordnande samt ej heller avge hälsodeklaration.

Denna fullmakt upphäver i förekommande fall tidigare utfärdade skötselfullmakter för ovan angivna frågor och gäller så länge försäkringsförmedlaren skötseluppdrag består eller till dess fullmakten skriftligen återkallas eller ersätts av ny fullmakt.

### Personuppgiftslagen

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

Ort	Datum (år, mån, dag)
-----	----------------------

Fullständigt företagsnamn:	Organisationsnummer:
----------------------------	----------------------

Underskrift av behörig firmatecknare	Namnförtydligande
--------------------------------------	-------------------

Ansvarig försäkringsförmedlare, namn		Ansvarig assistent, namn	
Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail		Ansvarig assistent, e-mail	
Alecta	AMF Pension	Movestic	Danica
95405			
Folksam	HB Liv	Länsförsäkringar	
SEB Trygg Liv	Skandia	SPP Liv	Trygg-Hansa
Annat:			

+



