

Ilmarinen, PB 2, 00018 ILMARINEN

Fullmaktsgivarens uppgifter (företagarens uppgifter)	FöPL-försäkringens nummer*
	Personbeteckning*
	Förnamn och efternamn*
	Telefonnummer*
Fullmakttagarens uppgifter	Företag
	Personbeteckning*
	Förnamn och efternamn*
	Telefonnummer*

*) Obligatoriskt fält

Fullmakt	<p>Med denna fullmakt kan den befullmäktigade på fullmaktsgivarens vägnar granska och administrera uppgifter om FöPL-försäkringen, avtalets giltighet, uppgifter om arbetsinkomsten, betalningssituationen samt uppdatera betalnings- och kontaktuppgifter, inklusive kontonummer.</p> <p>Fullmakten gäller inte Ilmarinens webbtjänster.</p> <p>Fullmakten gäller tillsvidare. Om fullmakten upphör, ska detta utan dröjsmål meddelas till Ilmarinens kundtjänst, tfn 010 195 082 (mobiltelefonavgift eller lokalnätsavgift).</p>
----------	--

Företagarens underskrift	Datum

Skriv under fullmakten. Lämna tillbaka den till oss som ett skyddat meddelande elektroniskt via vår webbplats på adressen ilmarinen.fi/sv/kontakta-oss/skyddat-meddelande/. Välj ArPL- eller FöPL-försäkring som ämne för meddelandet. Ange den begärda informationen och lägg till fullmakten som bilaga. Du kan också skicka avtalet per post till Ömsesidiga Pensionsförsäkringsbolaget Ilmarinen, PB 2, 00018 Ilmarinen.