



# Utbetalning av pension

Denna fullmakt i original sänds till AMF

Härmed ger jag (fullmaktsgivare) nedan angiven fullmaktstagare fullmakt att för min räkning ändra konto avseende utbetalning av min pension hos AMF. Jag är medveten om att all information från AMF fortsättningsvis kommer att tillsändas fullmaktstagaren.

## 1 FULLMAKTSGIVARE (den försäkrade)

Förnamn och efternamn	Personnummer
Postadress	
Postnummer och ort	Telefonnummer

## 2 FULLMAKTSTAGARE

Förnamn och efternamn	Personnummer
Postadress	
Postnummer och ort	Telefonnummer

## 3 UNDERSKRIFTER

Fullmaktsgivarens underskrift samt ort och datum
--

Bevittnas av **två** personer:

Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Postadress	Postadress
Postnummer och ort	Postnummer och ort
Telefonnummer	Telefonnummer

## FULLMAKTENS GILTIGHETSTID

Denna fullmakt gäller till dess den skriftligen återkallas av fullmaktsgivaren eller när den ersatts av en ny.