

Ilmarinen, PB 2, 00018 ILMARINEN

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

\*) Obligatoriskt fält

<b>Fullmakt</b>	<p>Jag ger ovan nämnda person fullmakt att sköta följande ärenden i anslutning till FöPL-försäkringen i Ilmarinens kundtjänst (välj alternativen):</p> <p><input type="checkbox"/> Teckna en FöPL-försäkring</p> <p><input type="checkbox"/> Ändra FöPL-kontaktuppgifterna</p> <p><input type="checkbox"/> Sköta FöPL-betalningsärenden och intyg</p> <p><input type="checkbox"/> Ändra FöPL-arbetsinkomstuppgifterna och arbetsinkomsten</p> <p><input type="checkbox"/> Avsluta FöPL-försäkringen</p> <p>i Ilmarinens webbtjänst (vi skickar separata koder):</p> <p><input type="checkbox"/> Den användare som fått fullmakt kan läsa och ändra FöPL-försäkringsuppgifterna Läs närmare i webbtjänsten för företagare <a href="https://www.ilmarinen.fi/sv/foretagare/tjansten-for-foretagare/">https://www.ilmarinen.fi/sv/foretagare/tjansten-for-foretagare/</a></p> <p>Fullmakten gäller tillsvidare. Om fullmakten upphör, ska detta utan dröjsmål meddelas till Ilmarinens kundtjänst, tfn 010 195 082 (mobiltelefonavgift eller lokalnätavgift).</p>
-----------------	--

<b>Företagarens underskrift</b>	Datum

Du kan skicka tillbaka den undertecknade fullmakten **elektroniskt via vår webbplats på adressen [ilmarinen.fi/ta-kontakt/](https://www.ilmarinen.fi/ta-kontakt/) genom att använda funktionen skicka bilaga i tjänsten för skyddat meddelande.**

Ändra såsom mottagare: [verkkopalvelu@ilmarinen.fi](mailto:verkkopalvelu@ilmarinen.fi).

Du kan också skicka avtalet per post till Ömsesidiga Pensionsförsäkringsbolaget Ilmarinen, PB 2, 00018 Ilmarinen.