



Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

Den här blanketten är till för dig som vill att någon annan person ska vara din kontakt med Försäkringskassan.

När du skriver under den här blanketten ger du en annan person tillåtelse att göra saker i ditt namn, det kallas för att du ger den personen fullmakt. När du gjort det kommer vi att skicka brev till den personen i stället för till dig, och kontakta personen när vi behöver information om dig. Eftersom ditt ombud inte kan lämna uppgifter på heder och samvete, kan Försäkringskassan behöva kontakta dig så att du kan göra det.

Du kan ta tillbaka fullmakten när du vill. Kontakta oss om du inte längre vill att den här personen ska vara din kontakt med Försäkringskassan.

### 1. Du som ger fullmakt

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

### 2. Personen som du ger fullmakt till

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Telefon, dagtid	Telefon, kvällstid	

Kom ihåg att anmäla till Försäkringskassan om ditt ombud får ny adress.

### 3. Vad ska fullmakten gälla för?

<input type="checkbox"/> Alla mina ärenden hos Försäkringskassan
<input type="checkbox"/> Följande ärenden: _____
<input type="checkbox"/> Annat: _____

### 4. Hur länge ska fullmakten gälla?

Fullmakten ska gälla
<input type="checkbox"/> tills vidare <input type="checkbox"/> till och med (datum) _____

### 5. Underskrift av dig som ger fullmakt

Jag ger fullmaktstagaren rätt att för min räkning företräda mig i kontakter med Försäkringskassan		Telefon dagtid, även riktnummer
Datum	Namnteckning	Telefon kvällstid, även riktnummer

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).