



Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

Använd den här blanketten om du vill att en annan person ska vara ditt ombud i kontakten med Försäkringskassan. Då kommer vi att kontakta ombudet när vi behöver information om dig och skicka beslut och andra brev till ombudet i stället för till dig. Vi kommer dock att kontakta dig om du behöver lämna uppgifter på heder och samvete, eftersom ditt ombud inte kan göra det.

Du kan återkalla fullmakten när du vill. Meddela oss om du inte längre vill att den här personen ska vara ditt ombud i kontakten med Försäkringskassan.

**1. Du som ger fullmakt**

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

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

**2. Personen som du ger fullmakt till (ditt ombud)**

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

**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?**

<input type="checkbox"/> Utan tidsgräns till jag återkallar den	<input type="checkbox"/> Till och med (datum) _____
---	---

**5. Underskrift av dig som ger fullmakt**

Jag ger fullmaktstagaren (ombudet) rätt att för min räkning företräda mig i kontakter med Försäkringskassan enligt vad jag fyllt i under punkt 3 och punkt 4.		
Datum	Namnteckning	Telefon

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