

## FULLMAKT FÖR ÖPPNA ARBETSLÖSHETSKASSAN A-KASSAN

### Uppgifter om fullmaktsgivaren

Fullmaktsgivarens namn	
Personbeteckning	

### Uppgifter om den befullmäktigade personen

Den befullmäktigades namn	
Födelsedatum	
Adress	
Telefonnummer	

### Jag befullmäktigar ovan nämnda person

	att ta emot och lämna information för min räkning i frågor som rör ansökan om och utbetalning av dagpenning. <i>Obs! Fullmakten gäller inte ifyllnad av ansökan om dagpenning eller ändring av personuppgifter (t.ex. adressinformation, kontonummer).</i>
	att företräda mig i besvärsärende, beslutsnummer
	att få information om mitt hälsotillstånd (t.ex. sjukdomstid, pensionsansökans anhängighet)
	att endast sköta följande specificerade ärenden:

### Fullmakten gäller

en viss tid \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

tills vidare, men inte mer än två (2) år efter undertecknandet.

Plats och datum	
Fullmaktsgivarens underskrift	