

Framtidsfullmak

- Framtidsfullmakt

Framtidsfullmakt

1. Fullmaktsgivare

Jag, **[Förnamn Efternamn]**, personnummer **[ÅÅÅÅMMDD-XXXX]**, ger härmed en framtidsfullmakt i enlighet med lagen (2017:310) om framtidsfullmakter.

2. Fullmaktshavare

Till fullmaktshavare utser jag **[Fullmaktshavarens namn]**, personnummer **[ÅÅÅÅMMDD-XXXX]**.

3. Fullmaktens omfattning

Denna fullmakt ger fullmaktshavaren rätt att företräda mig i mina personliga och ekonomiska angelägenheter, såsom:

Kontohantering och betalningar

- Ta ut, sätta in och föra över pengar mellan mina konton
- Betala räkningar
- Betala eller bestrida fakturor
- Upprätta eller avsluta autogiron
- Öppna och avsluta bankkonton
- Företräda mig gentemot banker och andra finansinstitut

Skatter och pension

- Deklarera och hantera skatteärenden hos Skatteverket
- Hantera pensioner och andra ersättningar från myndigheter eller försäkringsbolag

Investeringar och förvaltning

- Investera eller avsluta investeringar, såsom aktier, fonder eller andra värdepapper
- Sköta bokföring eller anlita hjälp för detta

Fast egendom och bostadsfrågor

- Förvalta, hyra ut, köpa eller sälja fastigheter och bostadsrätter
- Företräda mig i kontakt med bostadsrättsförening eller hyresvärd
- Skriva under köpe-, hyres- eller överlåtelseavtal
- Teckna eller säga upp hushållsavtal (el, vatten, internet etc.)
- Beställa reparationer eller underhåll

Avtal och juridiska frågor

- Teckna och säga upp avtal av olika slag
- Ingå eller avsluta abonnemang och medlemskap
- Företräda mig i rättsliga ärenden eller tvister
- Anlita jurist, mäklare eller revisor å mina vägnar

Personliga och praktiska angelägenheter

- Företräda mig i kontakt med myndigheter, t.ex. Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten
- Boka tider och sköta praktisk kontakt med vårdgivare
- Hämta ut receptbelagda läkemedel
- Företräda mig gentemot försäkringsbolag och liknande institutioner

Övrigt

- Fullmaktshavaren ska föra enkel redovisning över utgifter och större beslut
 - Fullmaktshavaren har/har inte rätt till ersättning för uppdraget
-

4. När fullmakten träder i kraft

Fullmakten träder i kraft **när jag inte längre har förmåga att själv fatta beslut** på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande. Detta ska kunna styrkas av ett **läkarintyg**.

5. Särskilda villkor

Om ekonomiska beslut överstiger 100 000 kr skall Fullmaktshavaren samråda med sina syskon (Linnéa & Malin).

6. Underskrift

	Fullmaktsgivare	Fullmaktshavare
Ort och datum:		
Underskrift:		
Namnförtydligande :		

Vittnenas intygande

Vi som samtidigt varit närvarande när fullmaktsgivaren undertecknat denna framtidsfullmakt intyggar härmed detta:

Vittne 1

Namn: _____
Personnummer: _____
Adress: _____
Underskrift: _____

Vittne 2

Namn: _____
Personnummer: _____
Adress: _____
Underskrift: _____