

Framtidsfullmakt

Denna handling är en framtidsfullmakt enligt lagen (2017:310) om framtidsfullmakter. Den ska gälla om jag på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande varaktigt och i huvudsak inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser.

1. Fullmaktsgivare (jag som skriver fullmakten)

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Telefon _____

2. Fullmaktshavare (den eller de jag ger fullmakt)

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Telefon _____

Relation till mig _____

Eventuell fullmaktshavare nummer två:

Namn _____

Personnummer _____

Adress och telefon _____

Om jag har utsett två fullmaktshavare ska de företräda mig:

- ☐ var för sig
- ☐ gemensamt

3. Ersättare

Om fullmaktshavaren avböjer, avlider eller av annat skäl inte kan fullgöra uppdraget ska följande person i stället vara fullmaktshavare:

Namn _____

Personnummer _____

Adress och telefon _____

4. Vad fullmakten omfattar

Kryssa i ett av alternativen.

- ☐ Fullmakten gäller **alla mina ekonomiska och personliga angelägenheter**, inklusive de områden som räknas upp nedan.
- ☐ Fullmakten gäller **endast** de områden jag har kryssat för nedan.

Fullmaktshavaren får för min räkning:

- ☐ sköta mina bankärenden: göra uttag och insättningar, betala räkningar, öppna och avsluta konton och bankfack
- ☐ förvalta mitt sparande: köpa och sälja fonder, aktier och andra värdepapper och flytta sparande mellan konton och banker
- ☐ företräda mig hos myndigheter, till exempel Skatteverket, Pensionsmyndigheten, Försäkringskassan och kommunen, och lämna min deklaration
- ☐ ansöka om bistånd, hemtjänst, särskilt boende och andra insatser och förmåner
- ☐ teckna, ändra och säga upp hyresavtal, abonnemang, försäkringar och andra avtal
- ☐ köpa, sälja, hyra ut, pantsätta och belåna min bostadsrätt eller fastighet samt skriva under de handlingar som krävs
- ☐ ta emot och öppna min post och sköta mina digitala tjänster och konton
- ☐ företräda mig i ett dödsbo där jag är delägare, och i bouppteckning och arvskifte
- ☐ anlita hjälp, till exempel jurist, revisor eller mäklare, när det behövs

Begränsningar eller särskilda önskemål om omfattningen:

Fullmakten omfattar inte beslut om hälso- och sjukvård eller tandvård, och inte frågor av utpräglat personlig karaktär som att ingå äktenskap eller upprätta testamente.

5. När fullmakten börjar gälla

- ☐ Fullmaktshavaren bedömer när fullmakten har trätt i kraft.
- ☐ Tingsrätten ska pröva om fullmakten har trätt i kraft innan den får användas.

6. Gåvor

- ☐ Fullmaktshavaren får inte ge gåvor ur min egendom, utöver personliga presenter till andra än sig själv vars värde står i rimlig proportion till min ekonomi.
- ☐ Fullmaktshavaren får ge gåvor enligt följande (vem, vad, högsta belopp):

7. Arvode och ersättning för utgifter

- ☐ Fullmaktshavaren ska inte ha arvode, men får ersättning för skäligena utgifter.
- ☐ Fullmaktshavaren ska ha arvode enligt följande:

Belopp eller beräkning _____

8. Granskare

Följande person ska granska fullmaktshavarens uppdrag och har rätt att begära redovisning:

Namn _____

Personnummer _____

Adress och telefon _____

- ☐ Fullmaktshavaren ska lämna redovisning till granskaren minst en gång per år.
- ☐ Granskaren har rätt att återkalla framtidsfullmakten.

9. Dödsfall

- ☐ Fullmakten upphör att gälla när jag dör.

10. Mina önskemål till fullmaktshavaren

Här kan du skriva sådant som är viktigt för dig, till exempel hur du vill bo, vem som ska hållas informerad eller hur ditt sparande ska användas.

11. Fullmaktsgivarens underskrift

Jag har läst och förstått innehållet och upprättar denna framtidsfullmakt av fri vilja.

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

12. Vittnesintyg

Vi intygar att fullmaktsgivaren i vår samtidiga närvaro har skrivit under denna handling, eller inför oss båda har intygat att underskriften är hens egen. Vi känner till att handlingen är en framtidsfullmakt. Fullmaktsgivaren gjorde det enligt vår uppfattning av fri vilja och med förståelse för vad handlingen innebär. Ingen av oss är fullmaktshavare eller närstående till fullmaktsgivaren på ett sätt som hindrar oss från att vara vittne.

Vittne 1

Namnteckning

Namnförtydligande

Personnummer

Adress

Yrke

Ort och datum

Vittne 2

Namnteckning

Namnförtydligande

Personnummer

Adress

Yrke

Ort och datum

13. Fullmaktshavarens bekräftelse (frivilligt)

Jag har tagit del av framtidsfullmakten och åtar mig uppdraget. Jag känner till att jag ska handla i fullmaktsgivarens intresse och att jag inte får företräda fullmaktsgivaren i frågor där jag själv, min make, sambo eller mina barn har motstridiga intressen.

Namnteckning och datum

Namnförtydligande