
Försäkringsförmedlarfullmakt

(Informationsfullmakt)

Härmed befullmäktigas Försäkringskompetens i Uppsala AB, org.nr:556584-5624, att inhämta information om nedan angivna försäkringar. Fullmakten gäller en månad från undertecknandet.

Alternativ 1)

- ☐ Fullmakten omfattar samtliga företagsrelaterade försäkringar inklusive motorfordonsförsäkring
-

Alternativ 2)

- | | |
|--|---|
| ☐ Fullmakten omfattar egendoms- och avbrottsförsäkring | ☐ Fullmakten omfattar kreditförsäkring |
| ☐ Fullmakten omfattar ansvar- och produktansvarsförsäkring | ☐ Fullmakten omfattar VD och styrelseansvarsförsäkring |
| ☐ Fullmakten omfattar transportförsäkringar | ☐ Fullmakten omfattar sjukvårdsförsäkring |
| ☐ Fullmakten omfattar motorfordonsförsäkring | ☐ Fullmakten omfattar tjänstereseförsäkring |
| ☐ Fullmakten omfattar förmögenhetsbrottsförsäkring | ☐ Fullmakten omfattar fastighetsförsäkring |
| ☐ Fullmakten omfattar försäkring för utlandsplacerad personal | ☐ Fullmakten omfattar..... |

Denna fullmakt ger även Försäkringskompetens i Uppsala AB rätt att för vår räkning inhämta all information de önskar rörande riskrapporter, skador inkl. reserver, värderingar och övrig information av vikt för deras arbete. Fullmakten omfattar även dotterbolag.

Med anledning härav ber vi Er biträda Försäkringskompetens i Uppsala AB på bästa sätt.

.....
Ort och datum

.....
Företag och organisationsnummer

.....
Firmatecknare

.....
Namnförtydligande

