
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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar egendoms- och avbrottsförsäkring | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar kreditförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar ansvar- och produktansvarsförsäkring | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar VD och styrelseansvarsförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar transportförsäkringar | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar sjukvårdsförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar motorfordonsförsäkring | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar tjänstereseförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar förmögenhetsbrottsförsäkring | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar fastighetsförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar försäkring för utlandsplacerad personal | <input type="checkbox"/> 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

