

Förslag till Försäkringsförmedlarfullmakt

Försäkringsförmedlingsfullmakt

Härmed befullmäktigas ABZ AB, org.nr: eller den som skriftligen sätts i dennes ställe, att såsom försäkringsförmedlare, på vårt uppdrag och med ensamrätt företräda oss i alla frågor rörande nedan angivna försäkringar.

Alternativ 1)

- ☐ Samtliga företagsrelaterade försäkringar

Alternativ 2)

- | | |
|---|---|
| ☐ Egendoms- och avbrottsförsäkring | ☐ Sjukvårdsförsäkring |
| ☐ Ansvar- och produktansvarsförsäkring | ☐ Tjänstereseförsäkring |
| ☐ transportförsäkringar | ☐ Fullmakten omfattar..... |
| ☐ Motorfordonsförsäkring | ☐ Fullmakten omfattar..... |
| ☐ Förmögenhetsbrottsförsäkring | ☐ Fullmakten omfattar..... |
| ☐ Kreditförsäkring..... | |
| ☐ VD- och styrelseansvarsförsäkring..... | |

Denna fullmakt upphäver tidigare utfärdade fullmakter. Denna fullmakt gäller till dess att den återkallas eller ersätts med ny fullmakt.

ABZ AB befullmäktigas att i samförstånd med oss:

- Förhandla direkt med berörda försäkringsbolag avseende nya försäkringsavtal och förändringar i gällande försäkringsavtal
- Avsluta befintliga försäkringsavtal
- Mottaga samtliga berörda försäkringshandlingar
- Inhämta all information av vikt för förmedlaruppdraget

☐ Vi ger även, ABZ AB rätt att bistå och företräda oss i skadeärenden.

Undertecknad intygar sin behörighet att för nedanstående bolags räkning teckna fullmakt.

.....
Företagsnamn

.....
Företagsnamn

.....
Organisationsnummer

.....
Organisationsnummer

.....
Firmatecknares underskrift

.....
Firmatecknares underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och Datum

.....
Ort och Datum