

Försäkringsförmedlarfullmakt

Härmed befullmäktigas Fenix Försäkringsmäklare AB, org.nr 556634-8768, eller den som skriftligen sätts i dennes ställe, att såsom försäkringsförmedlare företräda oss i alla frågor rörande nedan angivna försäkringar.

Alternativ 1)

- Fullmakten omfattar samtliga företagsrelaterade försäkringar.
-

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..... |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar förmögenhetsbrottsförsäkring | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar..... |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar..... | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar..... |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar..... | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar..... |

Denna fullmakt upphäver tidigare utfärdade fullmakter. Denna fullmakt gäller till dess att den återkallas eller ersätts med ny fullmakt. Fullmakten har ingen uppsägningstid och gäller så länge båda parter är nöjda med samarbetet. Fullmakten sägs upp skriftligen eller vi e-mail.

Fenix Försäkringsmäklare AB befullmäktigas att förhandla direkt med intresserat försäkringsbolag avseende förändringar i gällande försäkringsavtal såsom uppsägning och utökning av våra nuvarande försäkringar samt att, efter fullmaktsgivarens beslut, genomföra förändringar och ingå nya försäkringsavtal för vår räkning och mottaga försäkringshandlingar och premieavier.

Denna fullmakt ger även Fenix Försäkringsmäklare AB rätt att för vår räkning inhämta all information de önskar rörande våra försäkringsavtal, riskrapporter, skador inkl. reserver, värderingar och övrig information av vikt för deras arbete.

Vi är införstådda med att Fenix Försäkringsmäklare AB inte påtager sig något ansvar för fel och / eller brister i nuvarande försäkringsomfattning förrän Fenix Försäkringsmäklare AB fått rimlig tid att genomföra en försäkrings- och behovsanalys av vårt försäkringsprogram.

Med anledning härav ber vi Er biträda Fenix Försäkringsmäklare AB på bästa sätt.

.....
Ort och datum

.....
Företag och organisationsnummer

.....
Firmatecknare

.....
Namnförtydligande

.....
Namnteckning Fenix Försäkringsmäklare AB

.....
Namnförtydligande



KOMMENTARER:

Nedan anges den stipulerade omfattningen som har resulterat i ovan angiven mall för mäklarfullmakt.

- Fullmakten skall vara utskriven på uppdragsgivarens papper
- Fullmakten skall vara undertecknad av firmatecknare. Detta skall framgå av fullmakten.
- Försäkringsförmedlarens namn och organisationsnummer skall anges.
- Det skall tydligt framgå att det även är en skötselfullmakt, dvs inte enbart en upphandlingsfullmakt.
- Det skall klart framgå hur fullmakten återkallas.
- Det skall klart framgå om fullmakten avser koncern inkl. dotterbolag

Fullmakten anger **behörighet** att företräda en uppdragsgivare. Ett separat avtal kan ingås som visar vilka **befogenheter** uppdragsgivaren har gett mäklaren att agera efter.

2006-02-21

