

# Försäkringsförmedlarfullmakt (Skötsel)

Härmed befullmäktigas Scandinavia Insurance Group AB, 559009-6144, att såsom vår mäklare, med ensamrätt företräda oss i alla frågor rörande nedan angivna försäkringar.

## 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 ansvars- och produktansvarsförsäkring | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar VD och styrelseansvarsförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar transportförsäkring                   | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar sjukvårdsförsäkring              |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar motorfordonsförsäkring                | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar NB Bensinstationsförsäkring      |
| <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar förmögenhetsbrottsförsäkring          | <input type="checkbox"/> Fullmakten omfattar olycksfallsförsäkring            |

Denna fullmakt upphäver tidigare utfärdade fullmakter. Denna fullmakt gäller tills dess att den återkallas i enlighet med uppsägningstiden i tecknat mäklaravtal.

Scandinavia Insurance Group AB befullmäktigas att förhandla direkt med intresserat försäkringsbolag avseende förändringar i gällande försäkringsavtal såsom uppsägning och utökning av våra nuvarande försäkringar samt att ingå nya försäkringsavtal för vår räkning och mottaga försäkringshandlingar och premieavier.

Denna fullmakt ger även Scandinavia Insurance Group AB rätt att för vår räkning inhämta all information de önskar rörande våra försäkringsavtal, riskrapporter, skador inklusive reserver, värderingar och övrig information av vikt för deras arbete. Scandinavia Insurance Group AB har också vårt uppdrag att ta emot samtliga försäkringsdokument och meddelande rörande våra försäkringar och skador. Scandinavia Insurance Group AB har vårt uppdrag att handlägga den löpande skötseln av våra försäkringar och skador.

Med anledning härav ber vi Er biträda Scandinavia Insurance Group AB på bästa sätt.

\_\_\_\_\_  
Ort & datum

\_\_\_\_\_  
Fullständigt företagsnamn

\_\_\_\_\_  
Underskrift behörig firmatecknare

\_\_\_\_\_  
Organisationsnummer

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Adress

\_\_\_\_\_  
Telefon / telefax

\_\_\_\_\_  
Postadress

\_\_\_\_\_  
E-mail