

Försäkringsförmedlarfullmakt

Härmed befullmäktigas **Försäkringspartner Lönning AB** (org.nr: 556940-1986) nedan kallat Försäkringspartner, att inom ramen för angivna uppdrag med ensamrätt företräda oss beträffande våra försäkringar. Eventuella dotterbolag omfattas av detta uppdrag om inte annat avtalats.

Uppdraget omfattar samtliga våra skadeförsäkringar.

Försäkringspartner har rätt att hos försäkringsgivaren inhämta sådana uppgifter om vårt företag och om företagets försäkringsskydd som har betydelse för uppdraget.

Försäkringspartner har vårt uppdrag att för vår räkning inhämta offert och förhandla med försäkringsgivaren. Uppdraget omfattar även att för vår räkning ingå nya försäkringsavtal utöka nuvarande försäkringsskydd, liksom sköta uppsägning av försäkringar, samt att fortlöpande ha kontakt med aktuell försäkringsgivare rörande våra försäkringar.

Försäkringspartner har vårt uppdrag att ta emot samtliga försäkringsdokument och meddelanden rörande våra försäkringar från försäkringsgivaren.

Försäkringspartner har vårt uppdrag att biträda oss vid skadereglering.

Denna fullmakt upphäver tidigare av fullmaktsgivaren utfärdade fullmakter för andra försäkringsförmedlare rörande skadeförsäkringar och gäller tills dess den skriftligen återkallas.

Med anledning härav ber vi er biträda Försäkringspartner på bästa sätt.

.....

Ort och datum

.....

Företagsnamn

.....

Org.nr

.....

Namn-teckning

.....

Telefon

.....

Namnförtydligande

.....

Email