FÖRMEDLINGSFULLMAKT, SAK försäkring

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn	Organisationsnummer
Tydliga Partners Ab	556938 - 7169

- att såsom vår försäkringsförmedlare, med ensamrätt företräda oss i alla frågor rörande nedan angivna försäkringar.
- att för vår räkning inhämta all information de önskar rörande våra försäkringsavtal, riskrapporter, skador inkl. reserver, värderingar och övrig information av vikt.
- att förhandla direkt med försäkringsbolag avseende förändringar i gällande försäkringsavtal såsom uppsägning och utökning av nuvarande försäkringar samt att ingå nya försäkringsavtal för vår räkning och mottaga försäkringshandlingar och premieavier.

☒ Fullmakten omfattar företagsrelaterade försäkringar inklusive motorfordonsförsäkringar.

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

Ort	Datum (åååå) - (mm) - (dd)

Fullständigt företagsnamn	Organisationsnummer
	-

Underskrift av behörig företrädare	Namnförtydligande

Ansvarig försäkringsförmedlare, namn	Assistent, namn
Eddy Petersson	Elisabeth Petersson

Ansvarig försäkringsförmedlare, e-mail	Assistent, e-mail
eddy.petersson@tydliga.se	elisabeth.petersson@tydliga.se