

Informationsfullmakt

Härmed befullmäktigas Novu AB, 556977-7500, att såsom försäkringsförmedlare, inhämta information i form av försäkringsbrev, premiefakturor och skadestatistik – rörande våra försäkringar enligt nedan. (Fullmakten omfattar samtliga bolag i vår koncern/i Sverige/annan gruppering eller geografiskt område)

Fullmakten ger Novu AB rätt att för vår räkning inhämta:

- Samtlig information rörande våra försäkringsavtal såsom Försäkringsbrev, Försäkringsvillkor, Premiefakturor, Premiestatistik samt Riskrapporter.
- Informaation om och statistik över skador inkl. skadereserver och värderingar och
- Övrig information som Novu AB anser sig behöva för att fullgöra sitt uppdrag.

Fullmakten ger inte rätt att inhämta offerter, löpande hantera och administrera våra försäkringar, ingå nya avtal eller säga upp befintliga avtal.

Alternativ 1

Samtliga företagsrelaterade försäkringar

Alternativ 2

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Egendoms- och avbrottsförsäkringar | <input type="checkbox"/> Rättsskyddsförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Ansvarsförsäkringar | <input type="checkbox"/> Tjänstereseförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Transportförsäkring | <input type="checkbox"/> Gruppskadeförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Motorfordonsförsäkring | <input type="checkbox"/> Grupppersonförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Förmögenhetsbrottsförsäkring | <input type="checkbox"/> Kreditförsäkring |
| <input type="checkbox"/> VD- och styrelseansvarsförsäkring | <input type="checkbox"/> _____ |

Fullmakt gäller från dagens datum och är giltig 30 dagar 60 dagar

Fullmakten upphäver inte tidigare utfärdade och gällande fullmakter.

Meddelande till Firmatecknare

Detta är en juridisk handling. När ni undertecknar denna fullmakt så ger ni försäkringsförmedlaren som anges i fullmakten rätten att inhämta all information om era försäkringar. Det innebär också att nuvarande försäkringsförmedlare som har ansvaret att löpande sköta era försäkringar, kan komma att kontakta er för information om varför fullmakten ställts ut. En informationsfullmakt kan också ha påverkan på skyldigheter, rättigheter och åtaganden i tidigare utfärdad och gällande försäkringsförmedlingsfullmakt. Försäkringsgivare är skyldiga att meddela andra försäkringsförmedlare med gällande fullmakt från er om att denna informationsfullmakt finns.

Undertecknad intygar sin behörighet att för nedanstående bolags räkning teckna fullmakt

Företagsnamn

Organisationsnummer

Firmatecknarens underskrift

Firmatecknarens underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Ort och Datum

Telefonnummer

Epost