

MEGHATALMAZÁS

Alulírott (Meghatalmazó neve)

Lakcím:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

meghatalmazom (Meghatalmazott neve)

Lakcím:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

hogy nevemben és helyettem a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. előtt

.....

..... kötvényszámú biztosítási szerződéssel kapcsolatban
az alábbi ügyben* eljárjon:

.....
.....
.....
.....

Jelen meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Kelt:, év hó nap

.....

Meghatalmazó

.....

Meghatalmazott

Előttünk mint tanúk előtt:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás:

**Kérjük a meghatalmazás körét pontosan megjelölni. Kérjük továbbá, hogy konkrét szerződéssel vagy kárüggyel kapcsolatos ügyintézésre vonatkozó meghatalmazás esetén adja meg az érintett biztosítás kötvényszámát vagy az adott káresemény kárszámát.*