

Meghatalmazás

Alulírott (Meghatalmazó neve):	
Lakcím:	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	

meghatalmazom (Meghatalmazott neve):	
Lakcím:	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	

hogyan nevében és helyettem a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. előtt:		kötvényszámú
biztosítási szerződéssel kapcsolatban az alábbi ügyben* eljárjon:		

Jelen meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Kelt:	
--------------	--

Meghatalmazó aláírása:	Meghatalmazott aláírása:
-------------------------------	---------------------------------

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.**