

| | |
|--------------------------------|--|
| 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* |
| | kárszámú* | |
| 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.**