

MEGHATALMAZÁS

Alulírott:

	Természetes személy	Jogi személy
Név*		
Jogi személy neve		
Lakcím/székhely címe		
Sz.ig.szám/cégjegyzék szám/nyilvántartási szám		
Anyja neve		
Születési hely, idő		

meghatalmazom

Név	
Lakcím/székhely címe	
Sz.ig.szám/cégjegyzék szám/nyilvántartási szám	
Anyja neve	
Születési hely, idő	

, hogy nevemben és helyettem a KÖBE Közép-európai Kölcsönös Biztosító Egyesületnél eljárjon, és engem

teljes jogkörrel képviseljen.** nem teljes jogkörrel, kizárólag az alábbiakban képviseljen:**

Ez a meghatalmazás _____-ig érvényes. ***

Alulírott Meghatalmazó kijelentem továbbá, hogy a biztosítót a Meghatalmazott tekintetében felmentem a biztosítási titoktartási kötelezettség alól a Meghatalmazás eredményes teljesítéséhez szükséges biztosítási titokkör vonatkozásában.

Kelt: _____
(város, év. hó. nap)

_____ alírás (meghatalmazó)

Előttünk mint tanúk előtt:

	Tanú 1.	Tanú 2.
Név		
Lakcím		
Sz.ig.szám		
Alírás		

* Kérjük, amennyiben Ön jogi személy (pl. gazdasági társaság, alapítvány, egyesület, szövetkezet, önkormányzat stb.) képviselőjeként, illetve egyéni vállalkozóként ad meghatalmazást, akkor a jogi személyre vonatkozó oszlopot szíveskedjen kitölteni.

** A megfelelőt kérjük beikszelni! Ennek elmaradása esetén a meghatalmazás teljes jogkörű képviseletre jogosít. Kérjük, amennyiben a meghatalmazás konkrét szerződéssel vagy kárüggyel kapcsolatos, adja meg az érintett biztosítási szerződés azonosítószámát, kárügy esetén a kárszámot.

*** Visszavonásig vagy meghatározott időpontig (év, hónap, nap pontos megadásával), de legfeljebb 5 évig.