

# Meghatalmazás



Európai Utazási Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 1132 Budapest, Váci út 36-38. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3580 • ügyfelszolgalat@eub.hu • eub.hu

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 Európai Utazási Biztosító Zrt. (továbbiakban, mint biztosító) előtt az alábbi ügyben\* eljárjon:

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

Jelen Meghatalmazás alapján a Meghatalmazott pénzfelvételre:       jogosult /nem jogosult\*\*

Jelen Meghatalmazás az aláírás napjától számított 90 napig érvényes/visszavonásig 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: ....., ..... év ..... hó ..... nap

.....  
Meghatalmazó

.....  
Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....

\* Kérjük a meghatalmazás tárgyát és körét pontosan megjelölni. Amennyiben a meghatalmazás konkrét szerződéssel vagy kárüggyel kapcsolatos, úgy kérjük, adja meg az érintett biztosítás kötvényszámát, illetve az adott káresemény kárszámát.

\*\* Kérjük aláhúzni a megfelelő választ. Ennek elmaradása esetén a meghatalmazás pénzfelvételre nem jogosít.

\*\*\* Kérjük aláhúzni a megfelelő választ. Ennek elmaradása esetén a meghatalmazás az aláírás napjától számított 90 napig érvényes.