



ESETI MEGHATALMAZÁS

Alulírott (**természetes személy esetén** – az egyéni vállalkozó is ide tartozik),

Név (nyomatottan):
Születési név:
Lakcím nyomtatottan:
Születési hely és idő:
Anyja születési neve:

mint **Meghatalmazó**,

VAGY

Alulírott (**jogi személy esetén**, pl. Kft., Bt., Társasház, Egyesület),

Cégnév:
Székhely:
Adószám:
Cégjegyzékszám/
Nyilvántartásba vételi szám:
Képviselőre jogosult neve és
beosztása:

mint **Meghatalmazó¹**,

m e g h a t a l m a z o m

Név nyomtatottan:
Születési név:
Lakcím nyomtatottan:
Születési hely és idő:
Anyja születési neve:

mint **Meghatalmazottat**,

hogy a **kötvényszámú/ajánlatszámú/kárszámú biztosítással kapcsolatban** az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) előtt **az alábbiakban jelölt esetkörben képviseljen, a nevemben és helyettem eljárjon** (egy vagy több ügykör együttesen is megjelölhető):

- megjelölt biztosítási szerződés módosítása tárgyában (pl.: díjfizetés módja, díjmentesítés);
- megjelölt biztosítási szerződés díjának befizetésére vonatkozóan (pl.: azonosítási adatlap kitöltése szükséges);
- biztosítási esemény bejelentésével kapcsolatos ügyintézés tárgyában (pl.: kárigény bejelentése, hiánypótlás megküldése, kárigény elbírálására vonatkozó döntés megismerése);
- megjelölt lejárt szerződéssel kapcsolatos ügyintézés tárgyában;
- megjelölt életbiztosításhoz kapcsolódó szolgáltatási igények bejelentésére (részleges vagy teljes visszavásárlására) vonatkozóan;
- megjelölt biztosítási szerződés megszüntetése tárgyában;
- megjelölt biztosítási szerződés szerződéssel kapcsolatos panasz benyújtására, panaszeljáráásban információ szerzésére vonatkozóan;
- igazolások igénylése tárgyában (pl.: szerződése fennállása, díjjal rendezettsége, zöldkártya igénylése, szolgáltatási összeg mértékére);
- egyéb

Jelen meghatalmazás alapján a Meghatalmazott (együttesen is megjelölhető):

- szolgáltatási összeg felvételére jogosult,
- a szolgáltatásról egyezséget kötni jogosult.

Alulírott Meghatalmazó nyilatkozom, hogy

- felmentem a Biztosítót a harmadik személyekkel szembeni titoktartási kötelezettsége alól a Meghatalmazott irányába. Ez alapján a Biztosító jogosult a Meghatalmazott részére a jelen meghatalmazásban meghatározott biztosítási szerződéssel kapcsolatban a fent megjelölt tevékenység ellátásához kért információt (beleértve az egészségügyi adataimat is) a Meghatalmazott részére átadni.
- a Meghatalmazott a biztosítási titoknak minősülő személyes és – amennyiben ilyen adat a Biztosító rendelkezésére áll – egészségügyi adataimat a fent megjelölt tevékenység ellátásához megismerheti.
- a jelen meghatalmazás adása önkéntes. Teljeskörűen tisztában vagyok az általam jelen formában adott meghatalmazás jogi természetével és az ebből eredő következményekkel.
-

Jelen meghatalmazás visszavonásig, vagy annak megtételétől számított egy évig bezárólag érvényes.

Kelt,.....(hely),(év).....(hónap).....(nap)

.....
Meghatalmazó

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. tanú

2. tanú

Név (nyomatottan):

Név (nyomatottan):

Lakcím (nyomatottan):

Lakcím (nyomatottan):

Aláírás:

Aláírás:

¹ Társasházi biztosításnál a közös képviselő, jogi személy szerződő esetében az cégképviselőre jogosult lehet a jelen meghatalmazást aláíró személy.