

Alulírott: _____ (meghatalmazó neve)

lakcím: _____

születési hely, idő: _____

anyja neve: _____

meghatalmazom _____ (meghatalmazott neve)

lakcím: _____

születési hely, idő: _____

anyja neve: _____

hogy helyettem és nevemben az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. előtt az alábbi ügyben¹ eljárjon:

Jelen meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap

Meghatalmazó

Meghatalmazott²

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: _____

Név: _____

Állandó lakcím: _____

Állandó lakcím: _____

Aláírás: _____

Aláírás: _____

¹Kérjük a meghatalmazás tárgyát és körét (teljeskörű avagy részleges, amennyiben részleges, mire terjed ki) pontosan megjelölni. Amennyiben a meghatalmazás konkrét szerződéssel vagy kárüggyel kapcsolatos, kérjük, adja meg az érintett biztosítási szerződés kötvényszámát, kárügy esetén a kárszámot is.

²Tudomásul veszem, hogy az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. a jelen meghatalmazás alapján a meghatalmazásban megadott személyes adataimat a meghatalmazás teljesítéséhez szükséges mértékben és a szükséges ideig, a jogszabályok maradéktalan betartása mellett kezeli.

További információ: <https://union.hu/adatvedelem>