



MEGHATALMAZÁS

| | |
|----------------------|--|
| Alulírott: | |
| lakcím: | |
| szig szám: | |
| anyja neve: | |
| születési hely, idő: | |

meghatalmazom

| | |
|----------------------|--|
| Név: | |
| lakcím: | |
| szig szám: | |
| anyja neve: | |
| születési hely, idő: | |

hogy helyettem és nevemben a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe előtt az alábbi ügyben eljárjon¹:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Jelen meghatalmazás alapján a Meghatalmazott pénzfelvételre² jogosult nem jogosult
Jelen meghatalmazás az aláírás napjától számított napig visszavonásig érvényes³

Kelt:

Meghatalmazó

Előttünk, mint tanúk előtt:⁴

| |
|--|
| |
|--|

Tanú 1. (Név; Lakcím; Aláírás)

| |
|--|
| |
|--|

Tanú 2. (Név; Lakcím; Aláírás)

¹ Kérjük a meghatalmazás tárgyát és körét pontosan megadni. Amennyiben a meghatalmazás szerződéssel vagy kárügyintézésel kapcsolatos, kérjük a biztosítás kötvényszámát, illetve amennyiben az már rendelkezésre áll, a kárszámot feltüntetni.

² Kérjük a megfelelő választ a jelölőnégyzetben bejelölni. Jelölés hiányában a meghatalmazás pénz felvételére nem jogosít.

³ Kérjük a megfelelő választ a jelölőnégyzetben bejelölni, illetve a meghatalmazás tartamát kitölteni. Ennek elmaradása esetén a meghatalmazás az aláírás keltétől számított 90 napig érvényes.

⁴ Kérjük a dokumentum tanúk általi aláírását.