

Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: www.aegon.hu

A törvényi előírások szerint kizárólag a biztosítási szerződés szerződőjének, biztosítottjának, károsultjának vagy a szolgáltatás jogosultjának van lehetősége közvetlen ügyintézésre. Amennyiben Ön mint a biztosítás szerződője más személyt (meghatalmazott) kíván megbízni az ügyintézésessel, kérjük, kitöltve és aláírva küldje vissza ezt a meghatalmazást postai úton a **9401 Sopron, Pf. 22** címre, vagy elektronikusan a **www.aegon.hu/irjonnekunk** oldalon. Társasházi biztosításnál a közös képviselő, jogi szerződés esetében az aláírásra jogosult lehet a meghatalmazó fél. E két esetben a közös képviselői megbízás vagy az aláírási címpéldány másolatát is szükséges csatolni. Köszönjük együttműködését!

Szerződő/Meghatalmazó

Alulírott
vezetéknév: utónév:
 Anyja
vezetéknév: utónév:
 Születési dátuma: év hó nap
 Lakcíme:
 irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házszaám: emelet: ajtó:

Meghatalmazott

Vezetéknév: utónév:
 Anyja
vezetéknév: utónév:
 Születési dátuma: év hó nap
 Lakcíme:
 irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házszaám: emelet: ajtó:

Érintett biztosítás szerződésszáma*: * Biztosítási szerződésenként külön meghatalmazás szükséges.

Amennyiben a meghatalmazó nem ad meg szerződésszámot, akkor a meghatalmazás a meghatalmazott eljárásának időpontjában érvényes valamennyi élő szerződésére vonatkozik.

Hozzájárulok, hogy a meghatalmazott személy a megadott biztosítással kapcsolatban az alábbi rendelkezésemet figyelembe véve eljárjon.

A meghatalmazás az alábbi esetekre csak akkor vonatkozik, ha azt külön jelöli. *Kérjük, tegyen X-et a megfelelő négyzetbe!*

A meghatalmazott	jogosult	nem jogosult	Életbiztosítás esetén a meghatalmazott	jogosult	nem jogosult
a szolgáltatásról lemondani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a szerződőt, illetve a biztosítottat módosítani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a szolgáltatásról egyezséget kötni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a kedvezményezett személyét megváltoztatni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a nekem járó összeget átvenni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a szerződést tartamosítani, a biztosítási időszakot módosítani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a lakcímemet, ill. levelezési címemet megváltoztatni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	részleges és teljes visszavásárlást, illetve ütemezett lejáratú szolgáltatást igényelni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a szerződést megszüntetni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kötvénykölcshont felvenni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
panaszügyintézéshezjárulást tenni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a szerződést díjmentesíteni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
panaszügyintézés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a befektetési eszközalapokat módosítani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha nem jelöli meg egyiket sem, úgy tekintjük, hogy arra nem kíván meghatalmazást adni. Erre az esetre a meghatalmazott eljárása csak tájékozódásra, intézkedésre jogosít.

Kelt: , év hó nap

Meghatalmazó aláírása

Meghatalmazott aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1
vezetéknév: utónév:
 Lakcíme:
 irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házszaám: emelet: ajtó:

Születési dátum: év hó nap Aláírás:

Tanú 2
vezetéknév: utónév:
 Lakcíme:
 irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házszaám: emelet: ajtó:

Születési dátum: év hó nap Aláírás: