## П Ъ Л Н О М О Щ Н О

Долуподписаният/та:......................................................................................................................

*(име,презиме, фамилия)*

ЕГН (ЛНЧ): ........................................, Дата и място на раждане: ..............................................,

Постоянен адрес:...........................................................................................................................,

Документ за самоличност: № ………….........................., дата:........................, издаден от...............................,

В качеството ми на ползвател на застрахователни услуги (застрахован) по полица ………………………….., за застраховка ………………, сключена с „ДЗИ-Общо Застраховане“ ЕАД, както и предвид това, че съм уведомен от Застрахователя, че имам право да получа, дължимите от застрахователя суми по посочената застраховка лично

**У П Ъ Л Н О М О Щ А В А М**:

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

*(име,презиме, фамилия)*

ЕГН (ЛНЧ): ..............................................., Дата и място на раждане: .......................................,

Постоянен адрес:..........................................................................................................................,

Документ за самоличност: № ……….........................., дата:..........................................,

издаден от..............................., притежаващ банкова сметка:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| BIC |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | Банка: ……………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**със следните права:**

1. Да подаде Претенция за изплащане на суми по образец и предостави пълни данни, необходими на застрахователя да се произнесе по претенцията;
2. Да получи дължимите от „ДЗИ-Животозастраховане“ ЕАД суми по горепосочената полица, по личната си банкова сметка.

УПЪЛНОМОЩИТЕЛ:

/………………. /

*(име и подпис)*

Пълномощното е валидно само за една претенция и след нотариална заверка на подписа.