

**Zmiana Upoważnienia/Odwołanie Upoważnienia
do reprezentowania Ubezpieczonego w związku z Umową Grupowego Dodatkowego Ubezpieczenia
Hospitalizacji dla Klientów Credit Agricole Bank Polska S.A.**

Nr ubezpieczenia: _____

Ubezpieczyciel: CALI Europe S.A. Oddział w Polsce, ul. Tęczowa 11 lok. 13, 53-601 Wrocław, dalej powoływany również jako „**CALI Europe**”

Ubezpieczający: Credit Agricole Bank Polska S.A., pl. Orłąt Lwowskich 1, 53-605 Wrocław, dalej powoływany również jako „**Bank**” lub „**Ubezpieczający**”

Dane Ubezpieczonego:

Imię i nazwisko: _____

Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

Data urodzenia: _____

Adres korespondencyjny: _____

Poczta (kod, miejscowość): _____

Data zmiany/odwołania upoważnienia: _____

Zmiana Upoważnienia

Ja, niżej podpisana/-y upoważniam _____, zamieszkałą /-ego w _____, posiadającą /-ego numer pesel _____ i legitymującą/ -ego się dowodem osobistym nr i seria: _____ jako mojego pełnomocnika upoważnionego do reprezentowania mnie wobec Ubezpieczyciela w postępowaniu dotyczącym częściowej wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia na wypadek hospitalizacji na moją rzecz.

Ww. pełnomocnik jest upoważniony w szczególności do składania w moim imieniu wniosków o częściową wypłatę świadczeń z tytułu wyżej wymienionego ubezpieczenia na moją rzecz, w tym do wskazywania numeru rachunku bankowego do wypłaty .

Z chwilą złożenia niniejszego oświadczenia odwołuję / nie odwołuję* upoważnienie dla poprzednio ustanowionego pełnomocnika.

Podpis Ubezpieczonego

.....

***niepotrzebne skreślić**

Odwołanie Upoważnienia

Ja, niżej podpisana/-y odwołuję upoważnienie dla _____, zamieszkałej -ego w _____, posiadającej /-go numer pesel _____ i legitymującej /-go się dowodem osobistym nr seria: _____ do reprezentowania mnie wobec Ubezpieczyciela.

Podpis Ubezpieczonego

.....