Limanowa , dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku

**Pełnomocnictwo do zwolnienia z tajemnicy ubezpieczeniowej**

**Imię i nazwisko Konsumenta:**

**Adres zamieszkania:**

**udzielam pełnomocnictwa**

**Nazwa podmiotu:**

**Adres:**

do przekazania w formie pisemnej jak i telefonicznej **Powiatowemu Rzecznikowi Konsumentów** w Limanowej (ul. Józefa Marka 9, 34-600 Limanowa), wszelkich informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową, dotyczących:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis)

***Podstawa prawna****:*

### *art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U.2023.656 t.j*.)