



PEŁNOMOCNICTWO

EUROP ASSISTANCE SA, spółka prawa francuskiego działająca w formie spółki akcyjnej „société anonyme”, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 58.356.222 €, zarejestrowana w Rejestrze Handlu i Spółek w Paryżu pod numerem 451 366 405, z siedzibą pod adresem 2 rue Pillet-Will 75009 Paris, Francja, działająca zgodnie z francuskim kodeksem ubezpieczeń oraz działająca na terenie Polski poprzez swój oddział w Irlandii tj.

EUROP ASSISTANCE S.A. – Oddział w Irlandii, zarejestrowany w irlandzkim Rejestrze Przedsiębiorstw pod numerem 907 089, który posiada siedzibę pod adresem Central Quay, Ground Floor, Block B, Riverside IV, Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, D02 RR77, Irlandia (**Oddział w Irlandii**), reprezentowana przez:

Josef Bernhard Woerner – upoważnionego do reprezentowania Ubezpieczyciela, zwany w dalszej części Umowy „**Ubezpieczycielem**”

udziela

Asist sp. z o.o. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim (83-200), ul. Gen. Józefa Hallera 30, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gdańsku-Północ, VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000125085, NIP 5842468232, zarejestrowana w rejestrze pośredników ubezpieczeniowych pod numerem: 11121734/A, zwana dalej „**Agentem**”

pełnomocnictwa do dokonywania czynności agencyjnych, inkasowania i rozliczania składek z tytułu zawartych umów ubezpieczenia z podmiotami trzecimi, na warunkach określonych poniżej:

§1

1. **Agent** upoważniony jest do działania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie Działu II grupy 16 oraz 18 w ramach sumy ubezpieczenia do 9 000 EUR na każdego Ubezpieczonego stosownie do postanowień ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Pełnomocnictwo do podejmowania działań w imieniu Ubezpieczyciela obowiązuje w takim zakresie, jaki jest niezbędny do realizacji przedmiotu Umów ubezpieczenia.
3. **Agent** jest upoważniony do składania oświadczeń woli w imieniu Ubezpieczyciela oraz do zawierania w jego imieniu umów ubezpieczenia.
4. **Agent** zobowiązany jest do wykonywania swych obowiązków zgodnie z postanowieniami Umowy z dnia 10 lutego 2023 roku (Umowa Agencyjna).

§2

Niniejsze pełnomocnictwo upoważnia **Agent**a do dalszego udzielania umocowania osobom fizycznym wykonującym czynności agencyjne, które związane są stosunkiem prawnym z **Agentem** w zakresie w nim określonym, pod warunkiem uzyskania na to uprzedniej pisemnej zgody **Ubezpieczyciela**.

§3

1. Niniejsze pełnomocnictwo może być odwołane w każdym czasie.
2. Niniejsze pełnomocnictwo traci moc z momentem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Agencyjnej.
3. Niniejsze pełnomocnictwo wchodzi w życie z dniem podpisania pełnomocnictwa.

DocuSigned by:

D2D1D1C522F84DC...
Ubezpieczyciel