

Vollmacht für Vertragsauskunft



Geltungsbereich

- ☐ Personenversicherung Sach- und Vermögensversicherung
- ☐ Vorsorgepolice (3a/3b)
- ☐ Krankenkassenpolice
- ☐ Krankentaggeld- / Unfallversicherungen
- ☐ Berufliche Vorsorge
- ☐ Betriebsversicherungen aller Art

Versicherte Person

Zur Identifikation ist **zwingend** eine Kopie eines amtlichen Ausweises beizulegen.

Unternehmen	
Vorname, Nachname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	

- ☐ Ja, ich wünsche, dass meine Versicherungspolice an die bevollmächtigte Person zugestellt wird.
- ☐ Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf sämtliche Versicherungsangelegenheiten.

Bevollmächtigte Person und Unternehmen

Unternehmen	
Vorname, Nachname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Ich bevollmächtige oben genannte Person, in Versicherungsangelegenheiten folgende Auskünfte einzuholen (es wird *keine Erlaubnis erteilt, Rechtshandlungen vorzunehmen*):

- ☐ Informationen über alle vorhandenen Policen und alle damit verbundenen Informationen.

Die vorliegende Vollmachterklärung gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf. Ich entbinde hiermit die folgenden Gesellschaften und alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflichten gegenüber der bevollmächtigten Person im Rahmen dieser Vollmacht.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters
Ort und Datum	Unterschrift Bevollmächtigte Person