

Vollmacht

Das Versicherungs- bzw. Bankgeheimnis verbietet es uns, Auskünfte an Personen zu geben, die nicht unsere Vertragspartner sind - auch an mitversicherte Familienangehörige oder Bezugsberechtigte. Selbstverständlich können Sie als unser Vertragspartner aber Personen bestimmen, denen wir Auskünfte über Ihr Vertragsverhältnis und zu etwa hieraus resultierenden Fragen geben dürfen. Ferner können Sie jemanden ermächtigen, über Ansprüche aus Ihrem Vertrag wirtschaft-

lich zu verfügen bzw. Leistungen aus Ihrem Vertrag entgegenzunehmen. Hierzu können Sie die folgende Vollmacht entsprechend Ihren Wünschen ausfüllen und mit Ihrer sowie der Unterschrift der/des Bevollmächtigten an uns zurücksenden.

Bitte kreuzen Sie unbedingt an, welchen Umfang die Vollmacht haben soll.

		Service-Nr.	
Vollmachtgeber/in	Name, Vorname		
	Straße, Haus-Nr.		
	Postleitzahl, Wohnort		
ich bevollmächtige hiermit (Bevollmächtigte/r)	Name, Vorname (alle Vornamen)		
	Straße, Haus-Nr.		
	Postleitzahl, Wohnort		
	Geburtsdatum		
	Geburtsort *		
	Staatsangehörigkeit *		
	Steuer-Identifikationsnummer *		
	Wirtschafts-Identifikationsnummer * (sofern vorhanden)	D E	
	Telefon (optional für mögliche Rückfragen)		
bitte nur ein Feld ankreuzen	☐ 1. Auskünfte einzuholen, ☐ 2. rechtsverbindliche Willenserklärungen abzugeben bzw. entgegenzunehmen sowie über die genannten Verträge wirtschaftlich zu verfügen und Zahlungen zu erhalten (beinhaltet Punkt 1) oder ☐ 3. den gesamten Schriftwechsel zu führen und entgegenzunehmen (beinhaltet Punkt 1 und 2). (In diesem Fall wird die Debeka den gesamten Schriftverkehr ab sofort und ausschließlich an den/die Bevollmächtigte/n adressieren.)		

diese Vollmacht gilt für	☐ alle bestehenden Verträge unter der oben genannten Servicenummer	☐ Wohngebäudeversicherung Nr. _____
	☐ Krankenversicherung/ Pflegeversicherung Nr. _____	☐ Bauleistungsversicherung Nr. _____
	☐ Lebensversicherung Nr. _____	☐ Hausratversicherung Nr. _____
	☐ Rentenversicherung bei	☐ Rechtsschutzversicherung Nr. _____
	☐ Debeka Lebensversicherungsverein a. G. Nr. _____	☐ Reiseversicherung Nr. _____
	☐ Debeka Pensionskasse AG Nr. _____	☐ Kfz-Versicherung Nr. _____
	☐ Berufsunfähigkeitsversicherung Nr. _____	☐ Bausparvertrag Nr. _____
	☐ Unfallversicherung Nr. _____	☐ Einlagenkonto (Festgeld, Entnahme-/Prämiendepot) Nr. _____
	☐ Haftpflichtversicherung Nr. _____	☐ Darlehensvertrag Nr. _____
	Einschränkungen/Ergänzungen: _____	

Die Vollmacht gilt über den Tod der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers hinaus. Ihre/seine Erben können sie widerrufen. Diese Vollmacht ersetzt bereits bestehende Vollmachten.

X _____ Datum	X _____ Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers
----------------------------	--

X _____ Datum	X _____ Unterschrift der/des Bevollmächtigten
----------------------------	--