

# 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.	
-------------	--

<b>Vollmachtgeber/in</b>	Name, Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Wohnort	
<b>ich bevollmächtige hiermit (Bevollmächtigte/r)</b>	Name, Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Wohnort	
	Geburtsdatum	
	Telefon (optional für mögliche Rückfragen)	
<b>bitte nur ein Feld ankreuzen</b>	<input type="checkbox"/> <b>1. Auskünfte einzuholen,</b> <input type="checkbox"/> <b>2. rechtsverbindliche Willenserklärungen abzugeben bzw. entgegenzunehmen sowie über die genannten Verträge wirtschaftlich zu verfügen und Zahlungen zu erhalten (beinhaltet Punkt 1) oder</b> <input type="checkbox"/> <b>3. den gesamten Schriftwechsel zu führen und entgegenzunehmen (beinhaltet Punkt 1 und 2).</b> (In diesem Fall wird die Debeka den gesamten Schriftverkehr ab sofort und ausschließlich an den/die Bevollmächtigte/n adressieren.)	
	<b>diese Vollmacht gilt für</b> <input type="checkbox"/> alle bestehenden Verträge unter der oben genannten Servicenummer <input type="checkbox"/> Krankenversicherung/ Pflegeversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Lebensversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Rentenversicherung bei <input type="checkbox"/> Debeka Lebensversicherungsverein a. G. Nr. _____ <input type="checkbox"/> Debeka Pensionskasse AG Nr. _____ <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Unfallversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Wohngebäudeversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Bauleistungsversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Hausratversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Reiseversicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Kfz-Versicherung Nr. _____ <input type="checkbox"/> Bausparvertrag Nr. _____ <input type="checkbox"/> Kapitalanlage Nr. _____ <input type="checkbox"/> 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