

Vollmacht



Vollmachtgeber:

Vorname, Name _____

Strasse, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Bevollmächtigter:

Vorname, Name _____

Strasse, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Der Vollmachtgeber bestätigt, dass die bevollmächtigte Person befugt ist, sämtliche Auskünfte über die bestehenden Policen bei smile.direct versicherungen einzuholen und bestehende Versicherungsverträge anzupassen oder zu kündigen. Des Weiteren darf der Bevollmächtigt alle für den Vertragsabschluss notwendigen Handlungen durchführen, Erklärungen abgeben sowie Vertragsunterlagen entgegennehmen.

Diese Vollmacht gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Vollmachtgeber: _____

Unterschrift Bevollmächtigter: _____