

Bitte zurücksenden an:

Vollmacht

Betrifft folgende Allianz-Gesellschaft

Betrifft Versicherungsnummer

Angaben Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____
Tel.: _____

Angaben Bevollmächtigter/Bevollmächtigte

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____
Tel.: _____

Ich bevollmächtige die oben genannte Person mich in folgenden Angelegenheiten gegenüber der oben genannten Gesellschaft zu vertreten (bitte kreuzen Sie die gewünschten Felder an):

- telefonisch und schriftlich Auskünfte zum Versicherungsvertrag einschließlich der Gesundheitsdaten zu erhalten.
- Anträge zu stellen und Erklärungen abzugeben. Die Vollmacht umfasst die Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten gegenüber der Allianz.
- Die Vollmacht umfasst die Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten zum ausgewählten Versicherungsvertrag mit der Allianz und beinhaltet auch die Ermächtigung, über den Vertrag wirtschaftlich zu verfügen sowie Zahlungen aus dem Vertrag zu erhalten.
- Anträge zu stellen und Erklärungen abzugeben. Zusätzlich soll der **gesamte Schriftverkehr an die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten** gehen. Die Vollmacht umfasst die Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten gegenüber der Allianz.
- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus

Ort, Datum und Unterschrift des Vollmachtgebers/Vollmachtgeberin

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.allianz.de/datenschutz/>