

Vollmacht

Aufgrund gesetzlicher Regelungen ist es uns nicht gestattet, nicht bevollmächtigten Personen Auskünfte zu geben. Dies gilt auch für mitversicherte Familienangehörige oder Bezugsberechtigte. Als unser Vertragspartner können Sie jedoch Personen bestimmen, denen wir Auskunft über Ihre Verträge und zu etwa hieraus resultierenden Fragen geben dürfen und/oder die ermächtigt sind, uns gegenüber in Ihrem Namen zu handeln. Ist der Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig Versicherte Person, ist deren Zustimmung erforderlich.

Hierzu können Sie folgende Vollmacht Ihren Wünschen entsprechend ausfüllen und sie uns mit Ihrer sowie der Unterschrift der/des Bevollmächtigten vorlegen oder übersenden. Sie können diese Vollmacht jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder ändern.

Die Umsetzung Ihrer Vollmacht ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen der einzelnen SIGNAL IDUNA Konzerngesellschaften auf www.signal-iduna.de/datenschutzinfo

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

Ich, Vollmachtgeber/in	Name, Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Ort	
	Geburtsdatum	
bevollmächtigte hiermit	Name, Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Ort	
	Geburtsdatum	
	Telefon oder E-Mail	

Diese Vollmacht gilt:											
☐	für <u>alle Verträge</u> mit den unten genannten Gesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe*										
☐	alternativ ausschließlich für folgende Verträge:										
	<table border="1"> <tr> <th>Versicherungsnummer (bitte vollständig angeben: 8-stellige Nummer/ Kennziffer/Risikonommer)</th> <th>Bitte geben Sie an, um welche Versicherung es sich handelt (z. B. Lebensversicherung, Krankenversicherung, Gebäudeversicherung ...)</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td></td> </tr> </table>	Versicherungsnummer (bitte vollständig angeben: 8-stellige Nummer/ Kennziffer/Risikonommer)	Bitte geben Sie an, um welche Versicherung es sich handelt (z. B. Lebensversicherung, Krankenversicherung, Gebäudeversicherung ...)	1.		2.		3.		4.	
Versicherungsnummer (bitte vollständig angeben: 8-stellige Nummer/ Kennziffer/Risikonommer)	Bitte geben Sie an, um welche Versicherung es sich handelt (z. B. Lebensversicherung, Krankenversicherung, Gebäudeversicherung ...)										
1.											
2.											
3.											
4.											

Die Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten:	
☐	telefonisch und schriftlich Auskünfte zum Vertrag einschließlich Gesundheitsdaten sowie Abschriften der Vertragsunterlagen zu erhalten
☐	als Zustellbevollmächtigter zukünftig sämtlichen Schriftverkehr einschließlich Willenserklärungen des Versicherers (z. B. Kündigung, Mahnung) und ärztliche oder sonstiger Gutachten entgegenzunehmen
☐	rechtsverbindliche Willenserklärungen zum Vertrag abzugeben (z. B. kündigen, beitragsfrei stellen, Erhöhungen des Vertrages oder Tarifwechsel beantragen, Bezugsrechte aufheben oder verfügen)
☐	zu entscheiden, auf welches Konto Versicherungsleistungen, über die der Vollmachtgeber verfügen kann, ausgezahlt werden
☐	Untervollmacht zu dieser Vollmacht an Dritte zu erteilen

Geltungsdauer:	
☐	Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus

x _____
Ort, Datum

x _____
Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

x _____
Ort, Datum

x _____
Unterschrift der **versicherten Person** (wenn nicht Vollmachtgeber) oder deren gesetzlicher Vertreter (z. B. bei minderjähriger versicherter Person)

x _____
Ort, Datum

x _____
Unterschrift der Vollmachtnehmerin/ des Vollmachtnehmers

* SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. / SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. / SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG / SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG / PVAG Polizeiversicherungs-AG / VÖDAG Versicherung für den Öffentlichen Dienst / ADLER Versicherung AG / SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG / Pensionskasse SIGNAL Versicherungen VVaG