

Vertretungsvollmacht

Ich

Vorname, Name _____

Versichertennummer _____ Geb.-Datum _____

Heimatort _____

Adresse _____

bevollmächtigte

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Heimatort _____

Adresse _____

mich bei der Regelung der persönlichen und finanziellen Angelegenheiten mit *innova* Versicherungen AG zu vertreten (im Folgenden *innova* genannt).

Der/die Bevollmächtigte ist als Zustellungsberechtigter und rechtlicher Vertreter insbesondere ermächtigt: (zutreffendes durch den Vollmachtgeber ankreuzen)

- die Korrespondenz zu erhalten
- telefonische/mündliche Auskünfte erhalten (Dies beinhaltet auch Informationen über meine medizinische bzw. gesundheitliche Situation)
- die Prämienrechnungen zu erhalten
- die Leistungsabrechnungen zu erhalten
- Versicherungsänderungen und Aufhebungen einzelner Versicherungsdeckungen vorzunehmen
- die Zahlungen von *innova* sind wie bisher auf das Konto des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin zu überweisen
- meine finanziellen Angelegenheiten zu besorgen und die Zahlungen von *innova* mit schuldbefreiender Wirkung auf folgendes Konto (ein anderes als ursprünglich angegeben) überweisen zu lassen:

Name der Bank _____ IBAN _____

Ort der Bank _____ Clearing-Nr. _____

Kontoinhaber _____ PC-Konto _____

Der/die Bevollmächtigte ist Kraft dieser Vollmacht befugt, alle oben angekreuzten Tätigkeiten im Zusammenhang mit den freiwilligen Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu erledigen.

Die Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden, erlischt aber erst im Zeitpunkt, in welchem der Widerruf in schriftlicher Form bei *innova* eingegangen ist. Mit dem Verlust der Handlungsfähigkeit, der Urteilsunfähigkeit oder dem Tode erlischt die Vollmacht nicht.

Ort und Datum _____ Unterschrift Vollmachtgeber/in _____

Ort und Datum _____ Unterschrift Bevollmächtigte/r _____