

## VOLLMACHT

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Vollmachtgeber (Versicherungsnehmer):

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### Ich bevollmächtige bis auf Widerruf

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

mich in allen Angelegenheiten gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. zu vertreten, dabei auch Anzeigen und sonstige Mitteilungen sowie Willenserklärungen und sonstige Rechtshandlungen (wie beispielsweise Mahnungen oder Kündigungen) mit unmittelbarer Wirkung für und gegen mich abzugeben und entgegenzunehmen.

Die Vertretungsmacht erstreckt sich auf alle Rechtsgeschäfte, die von mir oder mir gegenüber vorgenommen werden können und bei denen eine Stellvertretung gesetzlich zulässig ist. Die Vollmacht berechtigt jedoch nicht zur Entgegennahme von Geldzahlungen.

Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, ihre/seine Vollmacht ganz oder teilweise auf andere Personen zu übertragen. Die Vollmacht soll auch über meinen Tod hinaus wirksam sein.

Zugleich befreie ich in dem Zusammenhang den Landeskrankenhilfe V.V.a.G. und dessen Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht und ermächtige diese, der/dem Bevollmächtigten umfassend Auskunft zu/in meinen Versicherungsangelegenheiten zu erteilen.

- Die Vertragskorrespondenz soll von dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. an die Adresse der/des Bevollmächtigten gesendet werden.  
(Nur gültig, wenn angekreuzt.)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten  
(dient zum Abgleich der Unterschrift)