



Ihr "Fair"sicherungsberater

**Schachner 0676 3024439**

Name

Adresse

Geb.Datum

Gesellschaft

Polizzenummer

## Vollmacht

Ich ermächtige die Ärzte und Krankenhäuser, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), der

über meine

Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten u dgl.) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht.

Gleichzeitig ermächtige ich die

in alle – diesen Schadensfall betreffenden – Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen können.

Ort

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift