

## Vollmacht

### zur Einholung von Vertragsinformationen und Umstellungsangeboten

Als Versicherungsnehmer bevollmächtige und beauftrage ich,

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

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

nachfolgend - Vollmachtgeber - genannt

den

Versicherungsmakler Andreas Plath, Steinbeker Str. 68 B, 20537 Hamburg,  
Tel. 040-30853223, E-Mail: plath@pkv-wechselpilot.de

nachfolgend - Vollmachtnehmer - genannt

zum Zweck des Tarifwechsels nach §204 VVG Vertragsinformationen beim aktuellen Versicherungsunternehmen über meinen bestehenden Krankenversicherungsschutz einzuholen und Umstellungsangebote gemäß § 204 VVG anzufordern.

Der Vollmachtgeber erteilt dem Vollmachtnehmer auch die vollumfängliche Postempfangsvollmacht für die erforderliche Antrags- und Vertragskorrespondenz.

Der Vollmachtnehmer ist nicht befugt, Willenserklärungen in meinem Namen abzugeben.

Alle vom Vollmachtnehmer angeforderten Informationen sind direkt und ausschließlich an den Vollmachtnehmer in schriftlicher und/oder elektronischer Form zu übermitteln.

Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf und kann jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft durch den Vollmachtgeber widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Personen