

Beschränkte Auskunftsvollmacht Versicherungen



Person 1

Anrede: Herr Frau

Name:

Strasse:

PLZ:

Land:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Vorname:

Hausnummer:

Ort:

Nationalität(en):

Telefon:

Person 2

Anrede: Herr Frau

Name:

Strasse:

PLZ:

Land:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Vorname:

Hausnummer:

Ort:

Nationalität(en):

Telefon:

(nachstehend «Kunde»)

1. Umfang der Vollmacht

Der Kunde ermächtigt die VZ VersicherungsZentrum AG (nachstehend «VZ»), zur Überprüfung seiner Versicherungssituation die aktuellen Policen der nachstehenden Versicherungen anzufordern:

Versicherung	Aktueller Versicherer	Policen-Nummer (falls verfügbar)
<input type="checkbox"/> Erstes Auto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zweites Auto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hausrat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Privathaftpflicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gebäude	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Datensicherheit

Der Kunde ist damit einverstanden, dass das VZ und alle VZ Gruppengesellschaften sämtliche Daten in Bezug auf die genannten Policen einsehen und im Umfang der Vollmacht verwenden können.

3. Dauer der Vollmacht

Diese Vollmacht ist auf sechs Monate ab Unterzeichnung befristet.

Einsenden an: VZ VermögensZentrum AG, Verena Ziegler, Postfach, 8058 Zürich

Datum:

