

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»)

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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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. Diese Vollmacht ist auf sechs Monate ab Unterzeichnung befristet.

Das vollständig ausgefüllte Formular ist einzusenden an: VZ VersicherungsZentrum AG, Versicherungs-Check, Gotthardstrasse 6, 8002 Zürich.

Kunde

Datum:

Name:

Vorname:

Name:

Vorname:

