

Life Portfolio Germany: Auskunftsvollmacht

Policen Nr.

Erster Versicherungsnehmer

Zweiter Versicherungsnehmer

Der oder die Versicherungsnehmer (Vollmachtgeber) bevollmächtigen hiermit die nachfolgende Person (Bevollmächtigter) bei der Versicherungsgesellschaft im Namen des Versicherungsnehmers Auskünfte über die oben aufgeführte Versicherungspolice einzuholen.

Personalien des Bevollmächtigten

Name

Vorname

Firmenname mit Rechtsform (falls zutreffend)

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Land

E-Mail Adresse

Telefon-Nr.

Der Vollmachtgeber befreit die Versicherungsgesellschaft im Rahmen dieser Vollmacht vom Geschäftsgeheimnis (Art. 104 Versicherungsaufsichtsgesetz des Fürstentum Liechtensteins). Die Versicherungsgesellschaft übernimmt keine Haftung für Schäden, welche durch Handlungen des Bevollmächtigten verursacht werden.

Diese Vollmacht wird auf unbestimmte Zeit ausgestellt und kann jederzeit vom Vollmachtgeber ohne Angabe von Gründen widerrufen oder geändert werden. Der Widerruf oder die Änderung muss schriftlich erfolgen. Die Vollmacht erlischt bei Eintreten des Versicherungsereignisses, spätestens aber zu dem Zeitpunkt, in dem die Versicherungsgesellschaft Kenntnis vom Eintritt des Versicherungsereignisses erhalten hat.

Ort, Datum

Erster Versicherungsnehmer



Ort, Datum

Zweiter Versicherungsnehmer



Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten



CREDIT SUISSE LIFE & PENSIONS AG

Pradafant 21 Telefon +423 230 17 60
FL-9490 Vaduz Telefax +423 230 17 62
FL-0002.043.080-1