

Vollmacht | Einwilligung und Ermächtigung für AGILA Verträge

Bitte senden an: AGILA Haustierversicherung AG E-Mail: info@agila.de
Postfach 365
D-30003 Hannover

Zur besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, jeweils die weibliche, männliche oder diverse Form ausdrücklich zu verwenden.
Wo die männliche Form verwandt wird, ist jeweils auch die weibliche oder diverse Form gemeint.

Der Versicherungsnehmer _____ (Vor- und Nachname),
geboren am _____ (TT.MM.JJJJ),
wohnhaft in _____ (Straße, Hausnummer, Postleitzahl + Ort)
erteilt die ausdrückliche Einwilligung, dass die AGILA Haustierversicherung AG (Breite Straße 6–8, 30159 Hannover (im Folgenden: AGILA),
gegenüber von _____ (Vor- und Nachname),
geboren am _____ (TT.MM.JJJJ),
wohnhaft in _____ (Straße, Hausnummer, Postleitzahl + Ort)
Auskünfte zu allen Informationen aus dem Versicherungsvertragsverhältnis mit der Vertragsnummer
_____ (Vertragsnummer angeben) erteilen darf.

Der Versicherungsnehmer willigt ausdrücklich ein, dass AGILA auch Behandlungsdaten und Daten, die ggf. der tierärztlichen Schweigepflicht unterliegen, an die bevollmächtigte Person weitergeben darf und entbindet AGILA diesbezüglich vorsorglich von einer etwaigen gesetzlichen und/oder vertraglichen Verschwiegenheitsverpflichtung.

Weiterhin wird _____ als Stellvertreter des Versicherungsnehmers ermächtigt, Erklärungen in Bezug auf den oben genannten Versicherungsvertrag (z. B. Erklärungen zur Schadensregulierung, Kündigung, Vertragsverlängerung etc.) für und gegen den Versicherungsnehmer abzugeben und anzunehmen.

Die Ermächtigung und die Einwilligung sind jederzeit für die Zukunft widerrufbar.

Ein etwaiger Widerruf oder ein anderweitiger Wegfall der Ermächtigung ist gegenüber AGILA unverzüglich und in Textform an info@agila.de anzuzeigen. Sollte die Anzeige nicht oder nicht rechtzeitig bei AGILA eingehen und daher Auskünfte an nicht mehr berechnigte Vertreter erteilt werden, kann der Versicherungsnehmer gegenüber AGILA keinerlei Ansprüche herleiten.

Die vorstehenden Erläuterungen habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort/Datum

Unterschrift Vertreter