

## Vollmacht zur Abfrage von Vertrags- und Schadeninformationen für BDC-Mitglieder

**Vollmachtempfänger:**

**Ecclesia med GmbH, Ecclesiastraße 1 – 4, 32758 Detmold**

Vollmachtgeber: Firma bzw. Titel, Vorname, Name

Kundennummer

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Telefax

## Vertragsangaben

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir den o. a. Versicherungsmakler, sämtliche Vertrags-, Risiko- und Schadendaten zu den unten aufgeführten Versicherungsverträgen bei den Versicherungsgesellschaften abzufragen.

Diese Vollmacht umfasst **nicht** den Auftrag, sich in die Verwaltung bestehender Versicherungsverträge einzuschalten, diese zu verändern oder zu kündigen.

Versicherungssparte	Versicherungsgesellschaft	Versicherungsschein-Nr.	Hauptfälligkeit des Vertrages (sofern bekannt)

Anmerkungen:

---



---



---

Datum

Unterschrift Vollmachtgeber