



ALTE LEIPZIGER Leben
61435 Oberursel (Taunus)

Sie können uns Ihre Antwort auch
gerne per Fax oder E-Mail zusenden.

Telefax 06171 66-3611
scp@alte-leipziger.de

Leistungsfall-Nr.:
Versicherungs-Nr.:
Versicherte Person:

Vollmacht

Leistungsantrag Berufsunfähigkeit

Ich willige ein, dass die Alte Leipziger Lebensversicherung a. G. alle im Zusammenhang mit dem Leistungsantrag stehenden persönlichen Informationen, insbesondere meine Gesundheitsdaten und medizinischen Informationen an

(Name und Anschrift der bevollmächtigten Person oder Stelle)

aushändigen darf.

- Die vorgenannte Person / Stelle soll auf Nachfrage Informationen zum Stand der Leistungsprüfung und den vorliegenden Unterlagen erhalten.
- Die vorgenannte Person / Stelle soll Kopien der an mich gerichteten Schreiben der Alte Leipziger Lebensversicherung a. G. erhalten.
- Ich bevollmächtige die vorgenannte Person/Stelle zur Abwicklung des Versicherungsfalles. (Die an mich gerichteten Schreiben der Alte Leipziger Lebensversicherung a. G. werden an den / die Bevollmächtigte gesandt.)

Ort, Datum

Unterschrift

