

# E R M Ä C H T I G U N G

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

erteilt hiermit der Stadtverwaltung Zweibrücken Vollmacht, sich über **alle** Versicherungsverträge bei der nachgenannten Versicherungsgesellschaft bezüglich aller Vertragsbestandteile und der Wertangaben zu informieren.

Gefragt sind hier insbesondere Versicherungen, bei deren Vertragsende Ausschüttungen in Form von Garantiewerten, Beleihungswerten, Rückkaufswerten, Ablaufleistungen udgl. zur Auszahlung kommen, aber auch Kranken- und Pflegeversicherungen, Haftpflicht-, Sach- und Risikoversicherungen.

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Straße / Postfach: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

ggf. Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Datum \_\_\_\_\_  
Ort

Unterschrift(en): \_\_\_\_\_

**Die Ermächtigung ist vollständig auszufüllen und zu unterschreiben!  
Bestehen weitere Verträge bei anderen Versicherungen, ist für jede Versicherungsgesellschaft eine separate Ermächtigung auszufüllen! Das Ausfüllen der Ermächtigung entbindet Sie nicht von der Verpflichtung den Eingliederungshilfe- oder Sozialhilfefragenbogen vollständig auszufüllen und aussagekräftige Belege vorzulegen.**