



Versicherungstreuhand GmbH

Wellhauserweg 33 - Postfach 53 - 8501 Frauenfeld

VOLLMACHT und AUFTRAG

Zur Verwaltung und Betreuung des Versicherungsportefeuilles

Der / Die unterzeichnende Vollmachtgeber/in

Name, Vorname	_____
Strasse :	_____
PLZ – Ort :	_____
Mail/ Telefon :	_____

erteilt hiermit der nachstehenden Bevollmächtigten

assewa

Versicherungstreuhand gmbH

Wellhauserweg 33 / Postfach 53
8501 Frauenfeld

Register Nr. 33980

mit Datum ab

den Auftrag zur Verwaltung und Betreuung des ihr übergebenen Versicherungsportefeuilles, sowie zur Wahrung der aus diesen Policen resultierenden Interessen. **Die assewa Versicherungstreuhand GmbH** vertritt den / die Vollmachtgeber/in in allen Belangen gegenüber den Versicherungsgesellschaften. Insbesondere wird die gesamte Korrespondenz zwischen dem Versicherungsnehmer und den Gesellschaften über die **assewa Versicherungstreuhand GmbH** abgewickelt.

Die Bevollmächtigte ist befugt, in Absprache mit dem/der Vollmachtgeber/in Verträge umzugestalten, aufzuheben oder neu abzuschliessen. Ohne ausdrückliche gegenteilige Vereinbarung bleibt der Vollmachtgeber Versicherungsnehmer und Prämienschuldner.

Ort, Datum

Code:

Der / Die Vollmachtgeber/in:

Die Bevollmächtigte:

assewa Versicherungstreuhand GmbH

.....