

KÜNDIGUNGSFORMULAR



VERSICHERUNGSNEHMER:IN

Vorname / Familienname _____

Straße, Nummer _____

PLZ / Ort _____

EMPFÄNGER:IN

Versicherungsgesellschaft _____

POLIZZENNUMMER _____

KONSUMENT:INNEN

vorzeitige Kündigung gem. § 8 Abs. 3 VersVG

Ich kündige den oben angeführten Vertrag zum _____ bzw. zum nächstmöglichen Termin.

ANZEIGE DES RISIKOWEGFALLES

Grund _____

Bitte um ehestmögliche Stornierung des Vertrages.

BEVOLLMÄCHTIGUNG ZU OBIGER VERTRAGSKÜNDIGUNG

Ich bevollmächtige die Versicherungsagentur

INVO GmbH

Linzer Straße 17, 4100 Ottensheim
GISA 37420147

Eduard Weber

t 0650 58 08 645
m office@invo.gmbh

Im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsagenten zu meiner Vertretung in Angelegenheiten hinsichtlich Hörsysteme-Versicherungen.

Die Versicherungsagentur ist ermächtigt, mich im Rahmen der jeweiligen Agenturverhältnisse zu vertreten bzw. für mich tätig zu werden. Die Vollmacht umfasst, soweit nicht in die Rechte berufsmäßiger Parteienvertreter:innen eingegriffen wird, folgenden Punkt

- Vertragsauskünfte zu Hörsysteme-Versicherungen bei Versicherungsgesellschaften einholen

Die Vollmacht wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann ohne Einhaltung einer Frist gelöst werden.

Datum

X

Unterschrift Versicherungsnehmer:in