VOLLMACHT

Ich

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

bevollmächtige für meine Beschwerde vom .....

mit dem Aktenzeichen (falls vorhanden) .....

gegen das Versicherungsunternehmen: .....

als Vertreter(in)

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

im Schlichtungsverfahren.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift