

# Generalvollmacht

Ich,

Name

Vorname

Geb.

Strasse

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

bevollmächtigte hiermit

Name

Vorname

Geb.

Strasse

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

mich gegenüber folgenden Stellen zu vertreten:

Krankenkasse

Versicherungen

Vermieter / Verwaltung

Spital / Arzt

Behörden

Amtsstellen

Steueramt

1) Die Vertretungsperson darf in meinem Namen Verträge abschliessen und kündigen:  Ja  Nein

2) Diese Vollmacht gilt auch für den Fall meiner Urteilsunfähigkeit und über meinen Tod hinaus bis zum Widerruf durch einen meiner Erben oder eine meiner Erbinnen:

Ja  Nein

3) Gültigkeit:

Diese Spezialvollmacht ist gültig bis auf Widerruf.

Diese Spezialvollmacht ist gültig bis

Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber/in