

Vollmacht

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname (bevollmächtigte Person)

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Fortsetzung Seite 2

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. ja nein
- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB). ja nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. ja nein
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie

 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB) ja nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB) ja nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB) ja nein

entscheiden.

■

■

■

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. ja nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ja nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ja nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen. ja nein

■

Fortsetzung Seite 3

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. ja nein

■

4. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich ja nein
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ja nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ja nein
- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ja nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**) ja nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. ja nein

■

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

■

■

Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.5 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Fortsetzung Seite 4

5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

ja nein

6. Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

ja nein

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

ja nein

8. Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

ja nein

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

ja nein

10. Weitere Regelungen

-

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Patientenverfügung

Wenn ich,

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

zur Willensbildung oder verständlichen Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, sollen Ärzte und Pfleger mich entsprechend der nachfolgenden Verfügung behandeln und pflegen.

1. In Todesnähe

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach in einem nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess befinde, verlange ich,

- 1.1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,
- 1.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,
- 1.3 mich nicht künstlich zu ernähren,
- 1.4 mich nicht künstlich zu beatmen,
- 1.5 die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
- 1.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,
- 1.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

Datum, Unterschrift Verfügende/r für Blatt 1 von 6

2. Bei unheilbarer Krankheit im Endstadium

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verlange ich, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

- 2.1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den tödlichen Verlauf meiner Erkrankung verzögern,
- 2.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebensmaßnahmen zu ergreifen,
- 2.3 mich nicht künstlich zu ernähren,
- 2.4 mich nicht künstlich zu beatmen,
- 2.5 die Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
- 2.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,
- 2.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

3. Bei Hirnschädigung

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

Wenn zwei in der Behandlung derartiger Fälle erfahrene Ärzte unabhängig voneinander zu dem Ergebnis kommen, dass ich wegen einer Gehirnschädigung etwa durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung oder infolge eines Herz-Kreislauf-Stillstands die Fähigkeit, bewusste Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, verlange ich die unten angekreuzten Maßnahmen, auch wenn nicht absehbar ist, wann ich sterben werde. Dies gilt auch, wenn nicht völlig auszuschließen ist, dass ich das Bewusstsein noch einmal wiedererlangen würde.

- 3.1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,
- 3.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebensmaßnahmen zu ergreifen,
- 3.3 mich nicht künstlich zu ernähren,
- 3.4 mich nicht künstlich zu beatmen,
- 3.5 die Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,
- 3.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,

3.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

4. Bei Hirnabbau

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

Wenn mein Gehirn durch Abbauprozesse wie etwa Demenz so weit beeinträchtigt ist, dass ich nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und/oder Flüssigkeit auf natürlichem Weg zu mir zu nehmen, selbst mithilfe Dritter, verlange ich,

4.1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,

4.2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,

4.3 mich nicht künstlich zu ernähren,

4.4 mich nicht künstlich zu beatmen,

4.5 die Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,

4.6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,

4.7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.

5. Organspende

Ja

Nein

Ich bin bereit zu Organspenden und habe einen Organspendeausweis. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods entnommen werden können, wobei bis dahin der Kreislauf künstlich aufrechterhalten bleiben muss. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods bis zur anschließenden Organentnahme.

6. Vorsorgevollmacht / Betreuung

Ja

Nein

6.1 Ich habe neben dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt meiner Patientenverfügung mit meinem/meiner Bevollmächtigten besprochen und ihm/ihr eine Kopie ausgehändigt:

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

und

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Der/Die Bevollmächtigte ist verpflichtet, diese Patientenverfügung umzusetzen. Ich entbinde Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen den Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht.

Ja

Nein

6.2 Sofern das Betreuungsgericht einen Betreuer eingesetzt hat, ist dieser verpflichtet, die Verfügung umzusetzen.

7. Widerruf und Änderung

Diese Patientenverfügung gilt, bis ich sie widerrufe oder eine andere Patientenverfügung aufsetze.

8. Seelsorge und Beistand

Ja Nein Ich bin Mitglied der evangelischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand.

Ja Nein Ich bin Mitglied der römisch-katholischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand.

Ja Nein Ich bin Mitglied der folgenden Glaubensgemeinschaft und bitte um deren geistlichen Beistand:

Ja Nein Ich bitte darum, bei einem Hospizverein um Beistand für mich nachzusuchen.

Ja Nein Ich wünsche eine Begleitung durch:

9. Bei dieser Patientenverfügung wurde ich beraten von:

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Ich habe mit dem/der Verfügenden über seine/ihre Anweisungen für den Fall der oben in Punkt 1–4 genannten Erkrankungen gesprochen. Er/Sie war bei der Entscheidung über die Patientenverfügung bei klarem Bewusstsein und hat seinen/ihren Willen hier durchdacht und in Kenntnis der Konsequenzen geäußert.

Ort, Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift Verfügende/r für Blatt 5 von 6

10. Arzt meines Vertrauens ist:

 (ggf. Titel) Vorname Name

 Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

 Telefon

 Fax

 E-Mail-Adresse

11. Abschlusserklärung und Unterschrift

Ich habe diese Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts ausgefüllt.

 Ort, Datum, Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

Ich habe meine Patientenverfügung überprüft und bestätige ihre Gültigkeit:

 Ort, Datum

 Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

 Datum, Unterschrift Verfügende/r für Blatt 6 von 6

Betreuungsverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

■ **Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Auf keinen Fall soll zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:**

1.

2.

3.

4.

Ort, Datum

Unterschrift



Bestattungsverfügung

Notieren Sie Ihre Bestattungswünsche bereits jetzt
und entlasten Sie so Ihre Angehörigen

VPV

Der Vorsorgeberater seit 1827

Was passiert nach dem Tod eines lieben Menschen?

Nach Ihrem Tod sind die Ihnen nahestehenden Menschen in tiefer Trauer und voller Schmerz. Besonders für Familie und Freunde beginnt dann eine sehr schwere Zeit. Oft sind sie von dieser besonderen Situation überfordert.

Für Ihre Angehörigen stellt sich dann auch noch die Frage wie Sie zur letzten Ruhe gebracht werden wollen bzw. welche Form der Bestattung Sie sich gewünscht hätten. Man wird Ihnen selbstverständlich einen würdigen Rahmen für Ihre Trauerfeier ermöglichen wollen. Doch wie soll diese aussehen? Was hätten Sie sich gewünscht?

Es gibt viele Möglichkeiten Ihre Bestattung frühzeitig zu planen. Sie können bereits zu Lebzeiten einen Bestatter auswählen und z.B. für eine Dauergrabpflege einen entsprechenden Auftrag erteilen. Sie können dafür mit dem Bestatter Ihrer Wahl einen Bestattungsvorsorge-Vertrag abschließen. Oder Sie schließen bereits jetzt Verträge für die Grabpflege mit einer Friedhofsgärtnerei. Als Absicherung dieser Verträge können Sie dann z.B. eine entsprechende zweckgebundene Versicherung (z.B. Sterbegeldversicherung) nutzen.

Als Hilfe für Ihre Angehörigen können Sie auf den nächsten Seiten dieser Bestattungsverfügung Ihre Wünsche und bereits getroffene Vorsorge notieren.

1. Bestattungsverfügung

Im Falle meines Ablebens bestimme **Ich**,

Vorname, Name

geboren am

wohnhaft in

nachfolgende Vorgehensweise in Bezug auf die Bestattung meiner sterblichen Überreste.

1. Ich wünsche mir nach meinem Ableben

eine Erdbestattung im Reihengrab im Wahlgrab im Wahlgrab (Doppelstelle)
 im Familiengrab im anonymen Erdgrab im pflegefreien Erdgrab

eine Feuerbestattung im Urnengrab im Kolumbarium in einer Urnenstelle
 im anonymen Urnengrab im pflegefreien Urnengrab
 meine Asche möge auf einer Aschenstreuwiese verstreut werden

eine Seebestattung

eine Flugbestattung

eine Baumbestattung in folgender Einrichtung:

eine Luftbestattung (Füllen Sie hierfür bitte zusätzlich eine Luftbestattungsverfügung unter Angabe des Ausführungsortes aus.) In Deutschland ist eine Luftbestattung nicht möglich.

eine Naturbestattung Almwiesenbestattung Felsbestattung in folgender Einrichtung:

Ich verfüge über eine Grabstätte bei folgender Einrichtung:

2. Bestattungsfeier: Zu meiner Bestattung wünsche ich

- keine Bestattungsfeier
- eine Bestattungsfeier
 - am Grabe
 - im engsten Familienkreis
 - vor der Beisetzung
 - mit Freunden und Bekannten
 - vor der Kremierung
 - mit öffentlichem Rahmen

- Die Feier sollte keine Aufbahrung meines Leichnams beinhalten
 - Die Feier soll eine Aufbahrung beinhalten
 - Nach der Trauerfeier soll ein Trauermahl stattfinden
 - Es soll eine Trauerfeierrede abgehalten werden
- Redner:

- Ich wünsche keinen religiösen Beistand
- Ich wünsche Kirchenbeistand der folgenden Kirche:

- Es soll keine Musik zu meiner Bestattungsfeier gespielt werden
- Es soll Musik zu meiner Bestattungsfeier gespielt werden
- Es soll folgende Musik zu meiner Bestattungsfeier gespielt werden:

- Ich wünsche mir einen Trauerfeiersänger / Chor:

- Ich wünsche mir keinen Blumenschmuck
- Ich wünsche Blumenschmuck
- Ich wünsche mir folgenden Blumenschmuck:

- Ich wünsche mir keine Zeitungsanzeige
- Ich wünsche mir eine Zeitungsanzeige
- Ich wünsche mir eine Zeitungsanzeige mit folgendem Text:

- Ich wünsche mir keine Trauerkarten
- Ich wünsche Trauerkarten
- Ich wünsche Trauerkarten folgender Art:

3. Grab: Bezüglich meiner Grabstättengestaltung wünsche ich mir

- kein Grabmal
- ein Grabmal nach den Wünschen meiner Angehörigen
- ein Grabmal wie folgend beschrieben:

4. Die von mir gewünschte Bestattung ist abgesichert durch:

- einen Vorsorgevertrag bei:

Bestattungsinstitut:

Anschrift:

Telefon:

Vertragsnummer:

- eine Vorsorgeversicherung bei:

Versicherer:

Anschrift:

Telefon:

Vertragsnummer:

ein Sparkonto bei:

Kreditinstitut:

Anschrift:

Telefon:

Kontonummer:

Sonstige, hier finanzielle Absicherungen meiner Bestattung:

5. Die Durchführung meiner Bestattung

soll von einem Bestattungsinstitut durchgeführt werden, das meine Angehörigen festlegen

soll folgendes Bestattungsinstitut durchführen:

Bestattungsinstitut:

Anschrift:

Telefon:

Sollten Fragen hinsichtlich meiner Bestattung auftauchen, die nicht durch meine Verfügung geklärt sind, dann soll

die weitere Vorgehensweise durch das beauftragte Bestattungsinstitut festgelegt werden.

die weitere Vorgehensweise durch die folgend aufgeführte Person festgelegt werden:

Ich ermächtige die hier genannte Person selbstständig die notwendigen Entscheidungen festzulegen

6. Weitere Dokumente

Ich habe ein Testament erstellt und es an folgendem Ort hinterlegt:

Ich habe die folgende Verfügung erstellt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kremationsverfügung | <input type="checkbox"/> Seebestattungsverfügung |
| <input type="checkbox"/> Flugbestattungsverfügung | <input type="checkbox"/> Luftbestattungsverfügung |
| <input type="checkbox"/> Die Verfügung befindet sich im Anhang | <input type="checkbox"/> Die Verfügung habe ich an folgendem Ort hinterlegt: |

Mein Familienstammbuch, mein Ausweis und meine Krankenkarte befinden sich

- im Anhang am folgend aufgeführten Ort:

Eine von mir erstellte Liste der Trauergäste befindet sich

- im Anhang am folgend aufgeführten Ort:

Hiermit bestätige ich, die vorstehenden Angaben auf freiem Willen und ohne äußeren Druck gemacht zu haben und dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Ich erwarte von allen Beteiligten, dass dieser Verfügung unbedingt Folge geleistet wird. Sollte eine Situation nicht hinreichend beschrieben oder eine Bestimmung nicht umsetzbar sein, so soll der, aus meinen Dokumenten mutmaßlich anzunehmende Wille umgesetzt werden.

Ort, Datum, Unterschrift Verfügender

Ort, Datum, Unterschrift Zeuge

Ort, Datum, Unterschrift Zeuge

Ort, Datum, Unterschrift Zeuge

Diese Verfügung entspricht noch meinem Willen

Ort, Datum, Unterschrift Verfügender

Notarieller oder ärztlicher Beglaubigungsvermerk

Alles, was das Leben sicherer macht: die Leistungen Ihrer VPV auf einen Blick

Altersvorsorge und Vermögensaufbau

- > Private Rentenversicherungen
- > Betriebliche Altersversorgung
- > Bausparen und Finanzierungen
- > Anlage der vermögenswirksamen Leistungen
- > Finanzielle Absicherung der Familie/Partner

Schutz vor den finanziellen Folgen von

- > Berufsunfähigkeit
- > Unfällen
- > Krankheit
- > Pflegebedürftigkeit

Sicherung von Eigentum und Vermögen

- > Haftpflichtversicherung
- > Hausratversicherung
- > Wohngebäudeversicherung
- > Glasversicherung
- > Photovoltaikversicherung
- > Kfz-Versicherung
- > Rechtsschutzversicherung



Postfach 31 17 55 · 70477 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 13 91-60 00 · Fax: 07 11 / 13 91-60 01
Kundenservice: Mo. – Fr., 7:00 – 20:00 Uhr
E-Mail: info@vpv.de · E-Postbrief: info@vpv.epost.de
Internet: www.vpv.de