

Vollmacht / Ermächtigung

Wer erteilt die Vollmacht/ Ermächtigung? (Vollmachtgeber(in))

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Wer wird bevollmächtigt/ ermächtigt (Bevollmächtigte(r))

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: / E-Mail: _____

Für welchen Vertrag/ welche Verträge soll die Vollmacht bzw. Ermächtigung gelten?

(Hierbei ist es zwingend erforderlich, auch die Versicherungsnummern zu ergänzen und auch anzugeben, ob nachfolgende Verträge nach einer Vertragsänderung weiter bevollmächtigt werden sollen.)

☐ Krankenversicherung Nr. _____ ☐ inkl. Pflegepflichtversicherung

☐ Pflegeversicherung Nr. _____

☐ Berufsunfähigkeitsvers. Nr. _____

☐ Unfallversicherung Nr. _____

☐ Lebensversicherung Nr. _____

☐ sonstige Verträge Nr. _____

☐ sonstige Verträge Nr. _____

☐ sonstige Verträge Nr. _____

☐ Ändern sich die Vertragsnummern aufgrund von Vertragsanpassungen, gilt die Vollmacht weiter

Welches Ausmaß soll die Ermächtigung bzw. Vollmacht haben?

Hiermit ermächtige ich die oben genannten Person(en), zu den angekreuzten Versicherungsverträgen telefonisch und schriftlich Auskünfte über Antrags- und Vertragsdaten einschließlich Beitragsfragen einzuholen, und zwar:

☐ unter **Ausschluss** von Gesundheitsdaten/ Informationen zu Schadenfällen und Versicherungsleistungen.

☐ **einschließlich Gesundheitsdaten** sowie Informationen über Schadenfälle und Versicherungsleistungen.

Über diese Ermächtigung hinaus bevollmächtige ich die oben genannte Person, zu den oben genannten Verträgen

☐ für mich rechtsverbindliche Willenserklärungen abzugeben und entgegenzunehmen sowie über Ansprüche aus meinen Verträgen wirtschaftlich zu verfügen

☐ und Zahlungen mit Wirkung für mich entgegenzunehmen.

☐ für mich über die vorgenannten Verträge auch den gesamten Schriftwechsel für mich zu führen.

☐ Ich gestatte dem Versicherer einen ggf. eigenen Zugang zum Kunden-/ Abrechnungsportal oder einer App zur Rechnungsabwicklung für den oben genannten Bevollmächtigten einzurichten.

Vollmacht / Ermächtigung

Möchten Sie die Vollmacht/ Ermächtigung einschränken oder noch erweitern, dann können Sie das hier tun.

Soll die Ermächtigung auch über den Tod hinaus gelten?

Mit dem Tod des Vollmachtgebers/ Ermächtigenden enden die erteilten Vollmachten und Ermächtigung normalerweise. Für Hinterbliebenen und Bevollmächtigte kann dies eine Einschränkung bei der Regelung der letzten Angelegenheiten bedeuten. Wenn die erteilte Ermächtigung und/oder die erteilte Vollmacht auch über den Tod hinaus gültig bleiben sollen, kreuzen Sie bitte hier die von Ihnen gewünschten Alternativen an.

- ☐ Die Ermächtigung gilt auch über meinen Tod hinaus.
- ☐ Die Ermächtigung und auch die Vollmacht gelten über meinen Tod hinaus.

Die hiermit erteilte Ermächtigung und eine, in diesem Schreiben erteilte, Vollmacht ersetzen für sämtliche von mir markierten und genannten Verträge die zu dieser Zeit bereits bestehenden und anderweitig erteilten Ermächtigung und Vollmachten. **Diese werden hiermit widerrufen.**

- ☐ Mein bisher erteilte Maklerauftrag/eine erteilte Maklervollmacht bleibt unabhängig hiervon gültig.

Datenschutzeinwilligung – und Schweigepflichtsentbindungserklärung

Hinsichtlich der von dem/den Vertragsführenden Versicherungsunternehmen verarbeiteten Daten und Informationen zu meiner Person erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass diese vom Versicherer an die von mir ermächtigte und bevollmächtigte Person weitergegeben werden dürfen. Soweit sich die von mir erteilte Ermächtigung und Vollmacht auch auf die Auskunftserteilung besonderer Kategorien personenbezogener Daten, wie etwa Gesundheitsdaten und durch § 203 Abs. 1 Nr. sieben Strafgesetzbuch geschützte Geheimnisse erstreckt, bin ich auch mit deren Übermittlung an die ermächtigte und/oder bevollmächtigte Person einverstanden. Sofern sich die von mir erteilte Ermächtigung und Vollmacht auf Auskünfte zu meiner Krankenversicherung und/oder Lebensversicherung und/oder Unfallversicherung erstreckt, befreie ich zu dem die Mitarbeiter des vertragsführenden Versicherungsunternehmens von derer nach Paragraph 203 Abs. 1 Nr. 7 Strafgesetzbuch bestehenden Schweigepflicht.

Diese Vollmacht und Erklärung ist jederzeit widerrufbar.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Vollmachtgeber(s)(in)