Vertretungsvollmacht

Dem **Versicherungsberater Oliver Beyersdorffer**, Erlaubnisinhaber nach § 34d Absatz 2 GewO

wird hiermit

Vollmacht zu meiner rechtlichen – außergerichtlichen – Vertretung

gegenüber der nachstehen Versicherungsgesellschaft

erteilt.

Die Vollmacht umfasst insbesondere:

- Außergerichtliche Vertretung, Verhandlungen und Korrespondenzführung aller Art
- Abgabe von Willenserklärungen
- Vollständige Akteneinsicht und ausschließlicher Erhalt der Korrespondenz
- Unterbevollmächtigung von Gutachtern und Rechtsanwälten
- Ermächtigung für Unterlassungserklärungen
- Gegen Dritte gerichtete Ansprüche für die Kosten der Rechtsverfolgung werden an den Bevollmächtigten abgetreten. Der Versicherungsberater nimmt hiermit die Abtretung an.

Vollmachtgeber:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Versicherungsscheinnummer

Ort, Datum

Unterschrift, Versicherungsnehmer/in

Oliver Beyersdorffer | Korber Str. 6 | 71334 Waiblingen | Telefon 07151. 1659 300 | Telefax 07151. 1659 301
Postbank Stuttgart | IBAN: DE63600100700005065702 | BIC: PBNKDEFF
service@tarifwechsel24.de | anfrage@oliverbeyersdorffer.de

Einwilligung zur datenschutzrechtlichen Nutzung, Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

A - Einwilligungserklärung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich willige ein, dass meine **Gesundheitsdaten**, als besondere Kategorie personenbezogener Daten gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO, seitens des Versicherungsberaters Oliver Beyersdorffer zum Zwecke der Mandatsdurchführung, soweit erforderlich, verarbeitet werden **und** von der

Gesundheitsdaten an den Vollmachtnehmer und seine Mitarbeiter übermittelt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder ab, sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen, soweit sie vom Mandatsauftrag umfasst sind und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Die Abgabe dieser Einwilligungserklärung ist freiwillig.
Sie kann jederzeit formlos ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Versicherungsberater Oliver Beyersdorffer (anfrage@oliverbeyersdorffer.de) widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift mitversicherte Person

Unterschrift mitversicherte Person

B - Entbindung von der Schweigepflicht

Ich befreie den vorstehend genannten Versicherer, sowie die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten von der Schweigepflicht nach § 203 Abs.1 Nr.1 und Nr. 7 StGB, soweit dies für die Bearbeitung des jeweils angezeigten Mandates erforderlich ist.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder ab, sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen, soweit sie vom Mandatsauftrag umfasst sind und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit einer vertraulichen Einsichtnahme durch den Vollmachtnehmer und seine Mitarbeiter einverstanden.

Die Abgabe dieser Einwilligungserklärung ist freiwillig.
Sie kann jederzeit formlos ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Versicherungsberater Oliver Beyersdorffer (anfrage@oliverbeyersdorffer.de) widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift mitversicherte Person

Unterschrift mitversicherte Person