

Maklervollmacht

Private Krankenversicherung für hc consulting AG

Christophstraße 15, 50670 Köln, Tel. 0221 37991961

Mail: maklervollmacht@hcconsultingAG.de

Versicherungsnehmer _____

Beruf _____

selbst./freiberuflich __ **angestellt** __ **Rentner/in** __ **Beamter/in** __

Geburtsdatum _____ **Anschrift** _____

Telefon _____ **Mail** _____

Versicherung _____

Versicherungsnummer _____

Der Makler steht rechtlich und wirtschaftlich auf der Seite seines Kunden und nimmt dessen Interessen weisungsgemäß wahr. Der Makler ist an keine Versicherung gebunden. Er vertritt daher unabhängig die Versicherungsinteressen des Kunden. Dem Kunden entstehen keine Kosten. Die Leistungen der hc consulting AG werden durch eine vom Versicherer zu tragende Courtage abgegolten. Die Vollmacht kann jederzeit gekündigt werden und ist unbefristet.

Der Versicherungsnehmer bevollmächtigt hierdurch die hc consulting AG, ihn in seinen PKV-Versicherungsangelegenheiten nach Anweisung zu vertreten und zur Abgabe und Entgegennahme von Willenserklärungen zu der oben genannten PKV.

Zur Optimierung von Abläufen arbeiten wir mit den Maklerpools Fonds Finanz Maklerservice GmbH, Riesstraße 25, 80992 München, BCA AG, Frankfurter Landstraße 62a, 61440 Oberursel und Apella AG, Gneisstraße 10, 17036 Neubrandenburg. Diese Maklerpools erhalten eine Untervollmacht.

Datenschutzerläuterung: Die mit der Beratung verbundene Erhebung und Verwendung Ihrer Daten ist zum Teil per gesetzlicher Erlaubnis gestattet. Zum Teil - etwa Ihre Gesundheitsdaten betreffend - verlangt das Gesetz die Erteilung einer zusätzlichen datenschutzrechtlichen Einwilligung.

Datenschutzerklärung: Ich willige ein, dass die hc consulting AG und die oben genannten Maklerpools von meiner PKV die zum Zweck der Betreuung meines Vertrages erforderlichen Daten und Gesundheitsdaten erhalten dürfen. Auch die Datenschutzerklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift _____

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50, 50670 Köln

Vollmacht und Schweigepflichtentbindung

Ich,

Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum

Adresse

- Nachfolgend „Vollmachtgeber“ genannt –

erteile hiermit im nachfolgend beschriebenen Umfang Vollmacht für:

hc consulting AG, Christophstraße 15-17, 50670 Köln und

Fonds Finanz Maklerservice GmbH, Riesstraße 25, 80992 München

Die oben genannten werden hiermit bevollmächtigt, mich in den nachstehend aufgeführten Angelegenheiten gegenüber der Generali Deutschland Krankenversicherung AG zu vertreten:

Vertretung in allen Vertragsangelegenheiten im Zusammenhang mit meinem Versicherungsverhältnis bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG.

Außerdem erkläre ich:

Ich entbinde die für die Generali Deutschland Krankenversicherung AG tätigen Personen in diesem Zusammenhang von Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass sie der bevollmächtigten Person die zur Bearbeitung meiner Versicherungsangelegenheiten notwendigen Auskünfte und medizinischen Unterlagen zur Verfügung stellen. Mir ist bewusst, dass in den Auskünften und medizinischen Unterlagen meine Gesundheitsdaten enthalten sind.

Die Vollmacht und die Entbindung der Schweigepflicht gelten über meinen Tod hinaus.

Weitere Vollmachten, die ich gegenüber der Generali Deutschland Krankenversicherung AG angezeigt habe, werden hiermit widerrufen, soweit sie sich inhaltlich mit der vorliegenden Vollmacht decken.

Meine vorstehenden Erklärungen gegenüber der Generali Deutschland Krankenversicherung AG kann ich jederzeit, ganz oder teilweise, ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen unter: Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Kundenservice-Direktion Gesundheit, Hansaring 40-50, 50670 Köln, gesundheit@generali.com, telefonisch unter 0221 1636-0 oder per Formular unter www.generali/meinedaten.com. Mein Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit der Durchführung meiner Vollmacht bis zum Zugang des Widerrufs bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG.

Ort, Datum

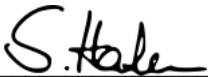
Unterschrift Vollmachtgeber

Erklärung der bevollmächtigten Person

Ich bin mit den Inhalten der obigen Vollmacht einverstanden.

Mir ist bewusst, dass die Generali Deutschland Krankenversicherung AG meine oben genannten Personendaten zur Durchführung der vollmacht speichert und verwendet. Detaillierte Informationen zum Datenschutz und meinen diesbezüglichen Rechten kann ich nachlesen unter www.generali.de/dsgvo.

Ort, Datum



Unterschrift bevollmächtigte Person