

Name des Versicherungsnehmers:
Straße:
PLZ/Ort:

Vollmachterteilung

Hiermit beauftrage ich

Frau/Herrn/Firma:
Straße:
PLZ/Ort:

mich in allen Versicherungsangelegenheiten meiner privaten bei der VRK Krankenversicherung AG zu vertreten.

Gleichzeitig willige ich in die Datenübermittlung von der VRK Krankenversicherung AG an die genannte Person/Firma ein und befreie die Mitarbeiter der VRK Krankenversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Gleichzeitig bin ich mir bewusst, dass die Datenübermittlung aus dem Krankenversicherungsvertrag insbesondere auch Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB (Strafgesetzbuch) geschützte Daten umfasst und sich die hier gegebenen Erklärungen auch auf diese Daten beziehen.

Sofern ich die Vollmacht beende, werde ich die VRK Krankenversicherung AG unverzüglich informieren.

Ort, Datum

Unterschrift volljährige versicherte Person(en)

