

# Postempfangsvollmacht zur Tarifumstellung in der PKV

**für den Versicherungsvermittler:**  
**Maklerexperten GmbH Offenbacher Straße 104 63263 Neu-Isenburg**  
im Folgenden „Versicherungsvermittler“ genannt

Versicherungsnehmer :  
Anschrift :  
Versicherer :  
Versicherungsnummer :  
Mitversicherte Personen :  
Geburtsdatum :

Damit mich der oben genannte Versicherungsvermittler in allen diese Tarifumstellung betreffenden Antrags- und Vertragsangelegenheiten umfassend beraten kann, setze ich den genannten Versicherungsvermittler als Postzustellungsbevollmächtigten ein und gebe zu diesem Zweck folgende Erklärungen ab.

## **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

**Ich willige ein**, dass sämtlicher Schriftwechsel, der im Rahmen dieses Tarifumstellungswunsches zur Aufnahme oder Abwicklung des Vertrags erforderlich ist, vom Versicherer ausnahmslos mit dem genannten Versicherungsvermittler geführt wird, insbesondere

- zur Bearbeitung des Antrags
- zur Risikobeurteilung
- zur Erfüllung der vertragsbegleitenden Beratungspflicht nach dem Versicherungsvertragsgesetz und erteile dem genannten Versicherungsvermittler vollumfängliche Empfangsvollmacht für die gesamte zur Tarifumstellung erforderliche Antrags- und Vertragskorrespondenz des Versicherers.

**Ich willige in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten ein**, soweit zu den oben genannten Zwecken die vom Versicherer bei mir oder bei Dritten erhobenen Gesundheitsdaten an den Versicherungsvermittler weitergegeben werden.

## **Die Angehörigen des Versicherers sowie die für diesen tätigen Geheimnisverpflichteten entbinde ich insofern von ihrer Schweigepflicht.**

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich für mich bzw. für die gesetzlich von mir vertretene(n) zu versichernde(n) Person(en) ab. Sie gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Vollmachtserklärung erlischt mit Abschluss / Policierung des Tarifwechsels und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versicherer widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab 16 J. oder des gesetzlichen Vertreters