

## Postempfangsvollmacht zur Tarifumstellung in der PKV

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
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 Versicherungsmakler als Postempfangsbevollmächtigten 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 Versicherungsmakler geführt wird, insbesondere

- zur Bearbeitung des Antrags,
- zur Risikobeurteilung und
- zur Erfüllung der vertragsbegleitenden Beratungspflicht nach dem Versicherungsvertragsgesetz.

Somit erteile ich dem genannten Versicherungsmakler 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 vom Versicherer bei mir oder bei Dritten erhobene Gesundheitsdaten an den Versicherungsmakler weitergegeben werden müssen.

**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. 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