

Versicherungsschein-Nummer
Krankenversicherung:

Name des Versicherungsnehmers:
Straße:
PLZ/Ort:

Vollmachterteilung

Hiermit beauftrage ich

Frau/Herrn/Firma:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon Bevollmächtigter:

mich in allen Versicherungsangelegenheiten meiner privaten Krankenversicherung 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.

Zukünftig soll der gesamte Schriftwechsel an die Anschrift des Bevollmächtigten gesendet werden.

☐ ja ☐ nein

Gleichzeitig bin ich mir bewusst, dass die Datenübermittlung aus dem Krankenversicherungsvertrag ins-
besondere 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)

