

Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia Krankenversicherung AG
Gothaer Lebensversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Das Versicherungs- bzw. Bankgeheimnis und die Vorschriften des Datenschutzes verbieten es uns, anderen Personen, die nicht unsere Vertragspartner sind, Auskünfte zu Ihrem Vertrag/Ihren Verträgen zu erteilen. Das gilt auch für mitversicherte Familienangehörige, Bezugsberechtigte sowie Personen, die Sie in Versicherungsangelegenheiten unterstützen.

Selbstverständlich können Sie als Versicherungsnehmer diese Personen aber ermächtigen, von uns Auskünfte zu Ihrem Vertrag und dem Versicherungsverhältnis einzuholen und diesbezügliche Fragen zu klären.

Über die Einholung von Auskünften hinaus kann die Vollmacht auch vorsehen, dass die bevollmächtigte Person in Ihrem Namen

- > Willenserklärungen abgeben,
- > über Ansprüche aus Ihrem Vertrag wirtschaftlich verfügen und/oder
- > Leistungen entgegennehmen darf.

Die Reichweite und den genauen Umfang bestimmen Sie. Dafür können Sie die folgende Vorlage nutzen. Kreuzen Sie in diesem Fall einfach die zutreffenden Punkte an und senden Sie sie unterschrieben an uns zurück - gerne auch digital.

Wer erteilt die Vollmacht bzw. die Ermächtigung?

Name, Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Wer wird bevollmächtigt bzw. ermächtigt?

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Telefon:

Für welche Versicherungsverträge soll die Vollmacht bzw. Ermächtigung gelten?

Bitte kreuzen Sie die betreffenden Verträge an. **Wichtig: Ergänzen Sie unbedingt dahinter auch die zugehörigen Versicherungsnummern! Nur dann kann Ihre Erklärung wirksam werden.** Die Versicherungsnummer finden Sie u. a. im Versicherungsschein oder online unter www.meine-barmenia.de.

☐ Krankenversicherung	Nr.	☐ Haftpflichtversicherung	Nr.
☐ Pflegeversicherung	Nr.	☐ Wohngebäudeversicherung	Nr.
☐ Lebensversicherung	Nr.	☐ Hausratversicherung	Nr.
☐ Rentenversicherung	Nr.	☐ Reiseversicherung	Nr.
☐ Berufsunfähigkeitsversicherung	Nr.	☐ Kfz-Versicherung	Nr.
☐ Unfallversicherung	Nr.	☐ Darlehensvertrag	Nr.

Weitere Verträge (bitte ausdrücklich benennen und die Versicherungsnummer angeben):

Welchen Umfang soll die Ermächtigung bzw. Vollmacht haben?

Bitte kreuzen Sie den gewünschten Umfang an.

Hiermit **ermächte** ich die oben genannte Person, zu den angekreuzten Versicherungsverträgen telefonisch und schriftlich Auskünfte über Antrags- und Vertragsdaten einschließlich Beitragsfragen einzuholen und zwar

- ☐ unter Ausschluss von Gesundheitsdaten und Informationen über Schadenfälle und Versicherungsleistungen.
- ☐ einschließlich Gesundheitsdaten sowie Informationen über Schadenfälle und Versicherungsleistungen.

Über diese Ermächtigung hinaus **bevollmächtige** ich die oben genannte Person, zu den oben angekreuzten und mit der Versicherungsnummer versehenen Versicherungsverträgen:

- ☐ für mich rechtsverbindliche Willenserklärungen abzugeben und entgegenzunehmen sowie über Ansprüche aus meinem Vertrag wirtschaftlich zu verfügen und Zahlungen mit Wirkung für mich entgegenzunehmen.
- ☐ für mich über die vorstehende Vollmacht hinaus auch den gesamten Schriftwechsel mit dem/den vertragsführenden Unternehmen zu führen. *In diesem Fall wird das jeweils vertragsführende Unternehmen sämtliche Schreiben zu Ihrem Vertrag/Ihren Verträgen ausschließlich an den/die Bevollmächtigte/n adressieren.*

Möchten Sie die Ermächtigung bzw. Vollmacht an irgendeiner Stelle einschränken oder erweitern, z. B. die Vollmacht abweichend von der erteilten Ermächtigung nicht für alle von Ihnen angekreuzten Verträge erteilen? Dann geben Sie dies bitte hier an:

Soll die Ermächtigung bzw. Vollmacht auch über den Tod hinaus gelten?

Mit dem Tod des Ermächtigenden/Vollmachtgebers enden Ermächtigungen und Vollmachten üblicherweise. Für die Hinterbliebenen kann dies Einschränkungen bei der Regelung der letzten Angelegenheiten bedeuten. Wenn die erteilte Ermächtigung und die erteilte Vollmacht auch über Ihren Tod hinaus gültig bleiben sollen, kreuzen Sie dies bitte hier die von Ihnen gewünschten Alternativen an:

- ☐ Die Ermächtigung gilt über meinen Tod hinaus.
- ☐ Sowohl die Ermächtigung als auch die Vollmacht gelten über meinen Tod hinaus.

Die hiermit erteilte Ermächtigung und eine hiermit erteilte Vollmacht ersetzen für sämtliche von mir markierten Verträge die zu diesen Verträgen bisher erteilten Ermächtigungen und Vollmachten.

Diese werden hiermit widerrufen.

Datenschutteinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Hinsichtlich der von dem/den vertragsführenden Unternehmen verarbeiteten Daten und Informationen zu meiner Person erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass diese vom Versicherer an die von mir ermächtigte und bevollmächtigte Person weitergegeben werden dürfen. Soweit sich die von mir erteilte Ermächtigung und Vollmacht auch auf die Auskunftserteilung über besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie etwa Gesundheitsdaten und auf durch § 203 Abs. 1 Nr. 7 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Geheimnisse erstreckt, bin ich auch mit deren Übermittlung an die ermächtigte und bevollmächtigte Person einverstanden. Sofern sich die von mir erteilte Ermächtigung und Vollmacht auf Auskünfte zu meiner Krankenversicherung und/oder Lebensversicherung und/oder Unfallversicherung erstreckt, befreie ich die Mitarbeiter des jeweils vertragsführenden Versicherungsunternehmens von deren nach § 203 Abs. 1 Nr. 7 StGB bestehende Schweigepflicht.

Datum _____

Unterschrift der ermächtigenden/vollmachtgebenden Person _____