

Informationsvollmacht

Anrede: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

-Auftraggeber und Vollmachtgeber-

erteilt hiermit der

Policen Direkt Versicherungsvermittlung GmbH

Rotfeder-Ring 5
60327 Frankfurt am Main

-Makler und Bevollmächtigter-

den Auftrag und Vollmacht

Daten, auch personenbezogene Daten, zu dem Vertragsstand der von ihm geführten Versicherungsverträge bei den jeweiligen Versicherungsgesellschaften abzufragen sowie Kopien von Vertragsunterlagen wie z.B. Versicherungsscheine, Versicherungsbedingungen oder sonstige Korrespondenz zu seinen Versicherungen in Abschrift anzufordern und entgegenzunehmen sowie sonstige Auskunftsrechte geltend zu machen. Von der Bevollmächtigung ausgenommen sind besondere personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsangaben.

Diese Vollmacht bezieht sich auf

- jegliche Versicherungsverträge unabhängig von Versicherungssparte und Versicherungsunternehmen
 - Versicherungen in den Sparten Sach/ Haftpflicht/ Unfall/ Rechtsschutz
 - Krafthfahrtversicherungen (Kasko, Haftpflicht, Unfall)
 - Krankenversicherungen
 - Lebens-/ Renten-/ Berufsunfähigkeitsversicherungen
- des Auftraggebers.

Die Vollmacht ist zeitlich nicht befristet. Sie kann von dem Auftraggeber jederzeit widerrufen werden.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

Der Auftraggeber willigt ein, dass die Policen Direkt Versicherungsvermittlung GmbH die Daten zu seinen Versicherungsverträgen zur Betreuung und Verwaltung sowie zur Führung einer digitalen Versicherungsakte erhebt, speichert und verarbeitet. Eine Datenübermittlung an Dritte erfolgt nicht. Der Auftraggeber willigt ein, dass die jeweilige Versicherungsgesellschaft die Daten seiner Versicherungsverträge entsprechend der hier erteilten Vollmacht an die Policen Direkt Versicherungsvermittlung GmbH übermittelt. Die vorgenannte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Auftraggeber kann der Nutzung seiner Daten für Zwecke der Werbung durch Policen Direkt Versicherungsvermittlung GmbH jederzeit widersprechen. Verantwortliche Stelle der Datenverarbeitung ist die Policen Direkt Versicherungsvermittlung GmbH.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____