

Vollmachtgeber/in (Versicherungsnehmer/in):

Frau/Herr:		Geburtsdatum:	
Anschrift:			
Versicherte Personen:			

SCHADENSABWICKLUNGS-VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir den/die Vollmachtnehmer/in:

Frau/Herrn:			
Agentur / Makler:	Walser & Partner Versicherungsmakler GmbH	E-Mail:	zentrale@walser-versichert.com
Anschrift:	Schillerstrasse 4 6800 Feldkirch		
Firmenbuch-Nr:	FN 344729f	Telefon:	+43 (0) 5522 79259

mit der Wahrnehmung meiner/unserer Interessen in folgenden Versicherungsangelegenheiten gegenüber der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft („**MERKUR**“):

- Einholung von Auskünften aller Art zu Vertrags- und Schadensangelegenheiten (nicht jedoch von Auskünften im Sinne des § 11 VersVG – personenbezogene Gesundheitsdaten)
- Durchführung von Schadensabwicklungen
- Personenbezogene Daten im Rahmen eines Auftrages des Vollmachtgebers an die MERKUR weiterzuleiten

Zustimmungserklärung zur Übermittlung von Daten

Der/Die Betroffene/en (Versicherungsnehmer/in und bei mitversicherten Person, auch diese) stimmen zu, dass der/die Vollmachtnehmer/in berechtigt ist, im Rahmen seiner/ihrer Beauftragung und nur soweit dies notwendig ist, Auskünfte zur Schadensabwicklung bei der MERKUR einzuholen, welche auch Informationen über die Gesundheit des Betroffenen beinhalten können (Daten zu erbrachten Behandlungsleistungen, Ablehnungsgründe, Kundeninformationen zu Leistungsabrechnungen, ärztliche Befunde).

Der/Dem/Den Betroffenen ist bewusst, dass durch diese Zustimmung der/dem Bevollmächtigte/n sensible Gesundheitsdaten zur Kenntnis gebracht werden können. **Diese Zustimmung kann jederzeit (auch separat) widerrufen werden. Ein Widerruf ist der MERKUR umgehend mitzuteilen.**

Zustimmung

KEINE Zustimmung

Diese Vollmacht begründet für sich alleine noch keinen Entgeltanspruch des Vollmachtnehmers gegenüber dem Vollmachtgeber. Es ist mit der Erteilung dieser Vollmacht noch kein Auftrag an den Vollmachtnehmer verbunden. Diese Vollmacht wird auf unbestimmte Zeit bis auf Widerruf erteilt. Im Falle des Widerrufs dieser Vollmacht haben Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer die Verpflichtung dies der MERKUR mitzuteilen.

(Ort, Datum, Unterschrift/en) mitversicherte Personen
ggf. als gesetzliche/r Vertreter/in

(Ort, Datum, Unterschrift/en) Vollmachtgeber/in ggf. als
gesetzliche/r Vertreter/in

Rechtliche Hinweise:

Die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft („MERKUR“) stellt dieses Formular „Schadensabwicklungsvollmacht“ als Serviceleistung zur freien Verwendung zur Verfügung. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich dabei um keine umfassende Makler/ Agenten- Vollmacht handelt und diese nur in eingeschränktem Ausmaß zur Abwicklung von Schadensfällen mit der MERKUR für den Kunden (Vollmachtgeber) ermächtigt. Dieses Formular ersetzt keine qualifizierte rechtliche Beratung.

Der Verwender dieses Musters haftet alleine für die Einhaltung aller rechtlichen Vorschriften in Zusammenhang mit der Verwendung dieser Vollmacht, dem Betrieb seines Unternehmens und der Ausübung seines Gewerbes.

Die MERKUR haftet weder für den Inhalt noch für irgendwelche anderen Rechtsfolgen die aus der Verwendung dieses Formular entstehen.