

## Auskunfts- und Handelsvollmacht

Inkrafttreten per:

Widerrufen per:

Vermittler:

Datum/Visum SachbearbeiterIn:

Mitglieder-Nr.:

Kollektiv-Vertrag-Nr.:

Familien-Nr.:

Familienoberhaupt:

### Personalien

Familienname:

männlich  weiblich

Vorname:

Tel. Privat/Mobil:

Geburtsdatum:

E-Mail:

### Zustelladresse (falls abweichend von Wohnadresse)

### Wohnadresse

Strasse/Nr.:

Strasse/Nr.:

Adresszusatz:

Adresszusatz:

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

### Ich bevollmächtige hiermit (bevollmächtigte Person)

Familienname:

männlich  weiblich

Vorname:

Tel. Privat/Mobil:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

### folgende Auskünfte im Zusammenhang mit meiner Grund- und Zusatzversicherung(en) bei der FKB einzuholen resp. Rechtshandlungen vorzunehmen:

ohne Einschränkungen.

bis sie widerrufen wird.

für folgende Themen:

bis zum Datum:

Auskünfte jeglicher Art einholen, dies umfasst auch besonders schützenswerte Daten

persönliche Angaben ändern (z.B. Name, Zivilstand, Adresse, Bankverbindung)

Deckungsänderungen (z.B. Jahresfranchise, Unfall Ein-/Ausschluss, freie Arztwahl Ein-/Ausschluss)

\_\_\_\_\_

### Änderung der Zustelladresse

ich wünsche, dass sämtliche Korrespondenz (insbesondere Prämien, Versicherungspolice usw. sowie auch besonders schützenswerte Daten wie Leistungsabrechnungen, usw.) an die bevollmächtigte Person zugestellt wird.

Die bevollmächtigte Person muss sich ausweisen oder authentifizieren, um Auskünfte zu erhalten.

Die vorliegende Vollmachtserklärung gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf. Ich entbinde hiermit FKB und alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person im Rahmen dieser Vollmacht.

Ort und Datum

Unterschrift