

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

die Versicherungsagentur

INVO GmbH

Linzer Straße 17
4100 Ottensheim
GISA 37420147

Eduard Weber

t 0650 58 08 645
m office@invo.gmbh
w www.invo.gmbh

im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsagenten zu meiner Vertretung in Angelegenheiten hinsichtlich Hörsysteme-Versicherungen.

Die Versicherungsagentur ist ermächtigt, mich im Rahmen der jeweiligen Agenturverhältnisse zu vertreten bzw. für mich tätig zu werden. Die Vollmacht umfasst, soweit nicht in die Rechte berufsmäßiger Parteienvertreter:innen eingegriffen wird, folgende Punkte

- Anträge für Hörsysteme-Versicherungen zu erstellen, entgegenzunehmen sowie weiterzuleiten und alle damit verbundenen Maßnahmen zu setzen. Dies umfasst auch SEPA-Lastschrift-Mandate für Anträge / Verträge in meinem Namen in Auftrag zu geben bzw. zu ändern
- Vertragsauskünfte zu Hörsysteme-Versicherungen bei Versicherungsgesellschaften einholen
- Leistungsfälle zu Hörsystem-Versicherungen zu regulieren, sowie
- das Einholen von notwendigen Unterlagen und Auskünften für die Antragsabwicklung und Regulierung im Leistungsfall bei Akustik-Fachbetrieben, Kliniken und der zuständigen Sozialversicherung.
Diese Auskünfte können auch Informationen über die jeweiligen im Leistungsfall verarbeiteten Gesundheitsdaten (Daten der Kategorie gem. Art. 9 DSGVO) umfassen.

Soweit eine Schweigepflicht besteht, werden die betroffenen Personen für die Auskunftserteilung davon befreit.

Dieses Vollmachtsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gelöst werden.

Datum

X

Unterschrift Vollmachtgeber:in