

Versicherungsnummer:

## Vollmacht und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

– nachfolgend „Vollmachtgeber“ genannt –

**erteile hiermit im nachfolgend beschriebenen Umfang Vollmacht für**

Herrn  Frau

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

– nachfolgend „bevollmächtigte Person“ genannt –

Die oben genannte Person wird hiermit bevollmächtigt, mich in den nachstehend aufgeführten Angelegenheiten gegenüber der Generali Deutschland Krankenversicherung AG zu vertreten (nicht gewünschte Inhalte gegebenenfalls streichen):

- Vertretung in allen Leistungs- und Vertrags-Angelegenheiten im Zusammenhang mit meinem Versicherungsverhältnis bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG (z. B. Einreichen von Rechnungen, Einholung von Kostenzusagen)
- Entgegennahme sämtlicher Korrespondenz im Zusammenhang mit Leistungs- und Vertragsfragen aus meinem Versicherungsverhältnis bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG (z. B. Leistungsabrechnungen, Mitteilungen über Vertragsänderungen); die Korrespondenz soll zukünftig über die Anschrift der bevollmächtigten Person erfolgen
- Bestimmung einer anderen Kontoverbindung zur Auszahlung von Versicherungsleistungen und zur Abbuchung von Versicherungsbeiträgen
- Erteilung von Untervollmachten im Einzelfall

Außerdem erkläre ich:

Ich entbinde die für die Generali Deutschland Krankenversicherung AG tätigen Personen in diesem Zusammenhang von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass sie der bevollmächtigten Person die zur Bearbeitung meiner Versicherungsangelegenheiten notwendigen Auskünfte und medizinischen Unterlagen zur Verfügung stellen. Mir ist bewusst, dass in den Auskünften und medizinischen Unterlagen meine Gesundheitsdaten enthalten sind.

- Die Vollmacht und die Entbindung der Schweigepflicht gelten über meinen Tod hinaus.
- Weitere Vollmachten, die ich gegenüber der Generali Deutschland Krankenversicherung AG angezeigt habe, werden hiermit widerrufen, soweit sie sich inhaltlich mit der vorliegenden Vollmacht decken.

Die vorstehenden Erklärungen kann ich jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen unter Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, 0221-1636-0, [gesundheit@generali.com](mailto:gesundheit@generali.com) oder [www.generali.de/widerruf](http://www.generali.de/widerruf). Mein Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit der Durchführung meiner Vollmacht bis zum Zugang des Widerrufs bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

## **Erklärung der bevollmächtigten Person**

Ich bin mit den Inhalten der obigen Vollmacht einverstanden.

Mir ist bewusst, dass die Generali Deutschland Krankenversicherung AG meine oben genannten Personendaten zur Durchführung der Vollmacht speichert und verwendet. Detaillierte Informationen zum Datenschutz und meinen diesbezüglichen Rechten kann ich nachlesen unter [www.generali.de/dsgvo](http://www.generali.de/dsgvo).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der bevollmächtigten Person