

VOLLMACHT

Ich (wir)

Vor- und Zuname des (der) Vollmachtgeber(s)

Geburtsdatum(en)

Postleitzahl/Wohnort/Straße

bevollmächtigte(n) hiermit das Finanzdienstleistungs- & Versicherungsbüro



ComPakt Dienstleistungs GmbH Reinhold Wallner & Partner
A - 3100 St. Pölten, Rennbahnstraße 49/2/15
Tel: 02742/23 133 Fax: 02742/23 133-50 Mobil: 0664/201 25 96
E-Mail: office@compakt.co.at Home: www.compakt.co.at

gemäß den einschlägigen, gesetzlichen Bestimmungen rechtsgültig

- Ab- und Anmeldungen von Kraftfahrzeugen durchzuführen;
- Neu- und Nachversicherungen abzuschließen;
- Kündigungen in meinem (unserem) Namen auszusprechen;
- Anzeigen und Erklärungen an meiner (unserer) Statt entgegenzunehmen bzw. abzugeben;
- Jegliche Schäden für mich (uns) abzuwickeln;
- In Behördenakte und Protokolle Einsicht zu nehmen und von diesen Kopien anfertigen zu lassen;
- Krankengeschichten von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten anzufordern und Einsicht zu nehmen;

Für Verträge, welche o.a. Versicherungsbüro nicht zur Kenntnis gebracht oder über diese abgeschlossen wurden, kann keine Haftung übernommen werden.

Die Vollmacht umfasst auch das Recht zur Bestellung von Unterbevollmächtigten und geht auf die allfälligen beiderseitigen Rechtsnachfolger uneingeschränkt über.

Ich (wir) stimme(n) weiters ausdrücklich zu, dass von seiten des Versicherers sämtliche Daten, welche von den mit mir (uns) beantragten oder abgeschlossenen privaten und geschäftlichen Versicherungen im Zusammenhang stehen, oben genannten Versicherungsbüro zugänglich gemacht bzw. Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

In diesem Zusammenhang nehme ich ausdrücklich zur Kenntnis, dass es im Zuge der Durchführung des Auftrages bzw. mit der Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen des o.a. Versicherungsbüros zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Sinne der DSGVO kommt. Das o.a. Versicherungsbüro wird weiters bevollmächtigt eine Zustimmung zur Verwendung meiner/unserer Daten (ausgenommen sensible Daten i.S.d. § 9 DSGVO) zu erteilen. Ich bevollmächtige o.a. Versicherungsbüro ausdrücklich weiteres zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der elektronischen Kommunikation nach § 5a VersVG, insb. zur Vereinbarung und zum Widerruf der elektronischen Kommunikation. Der Bevollmächtigte ist insb. weiteres zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Formvorschriften, v.a. von Schriftformvereinbarungen i.S.d. § 5a Abs 2 und § 15a Abs 2 VersVG berechtigt. Das o.a. Versicherungsbüro wird bevollmächtigt den Versicherer zu ermächtigen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen und mein/unser Kreditinstitut anzuweisen, die vom Versicherer auf mein/unser Konto gezogenen SEPALastschriften einzulösen.

Die Vollmacht erlischt durch eine entsprechende schriftliche Mitteilung des(der) Vollmachtgeber(s) oder durch Zurücklegung des Bevollmächtigten.

_____, am _____
Ort Datum

Unterschrift des (der) Vollmachtgeber(s)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für die Erfassung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten

I. Allgemeine Informationen:

"Personenbezogene Daten" sind alle Informationen die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (betroffene Personen) beziehen. Es kann sich dabei um private, berufliche, wirtschaftliche Informationen, Eigenschaften, Kenntnisse oder physiologische Merkmale handeln. Personenbezogene Daten sind daher insbesondere Name, Geburtsdatum, Adresse, Geschlecht, Telefonnummer, KFZ-Kennzeichen, Polizzenummer oder aber auch Gesundheitsdaten

Nachdem **Gesundheitsdaten sensible Daten im Sinne von Art. 9 DSGVO sind**, ist die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (z.B. Daten aus Ihrer Krankengeschichte) grundsätzlich unzulässig. Dies gilt jedoch nicht, wenn die „betroffene Person“ in die Verarbeitung dieser sensiblen Daten, wie unter Punkt II, einwilligt.

Die Verarbeitung und Erfassung Ihrer Gesundheitsdaten im Rahmen des Abschlusses und Bearbeitung von Personenversicherungsverträgen für die Beurteilung und den Abschluss des Versicherungsschutzes und auch zur Erfüllung von Obliegenheitspflichten gegenüber dem Versicherer notwendig.

Eine von Ihnen dazu erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

II. Einwilligungserklärungen:

1. Hiermit **stimme ich ausdrücklich zu, dass meine Gesundheitsdaten**, wie etwa meine gesamte Krankengeschichte, zum Zwecke der Vertragserfüllung (z.B. zur Beurteilung und zum Abschluss des Versicherungsschutzes) **erfasst und verarbeitet werden**.

2. Ebenfalls **stimme ich ausdrücklich zu**, dass die verarbeiteten Daten im Rahmen der gegenständlichen Vertragserfüllung **auch an Dritte**, und zwar insbesondere **an Versicherungsunternehmen weitergegeben werden**.

3. **Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.**

_____, am _____
(Ort) (Datum)

(Betroffener)

(Verantwortlicher)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für die Zusendung und Übermittlung von Werbe- und Informationsmaterial

Im Rahmen unserer Vertragsbeziehung mit Ihnen, verarbeiten wir Ihre Kontaktdaten. Neben der Nutzung dieser Daten für die Vertragsabwicklung, würden wir Ihnen über Ihre Kontaktdaten (E-Mail, Wohnanschrift, Fax, Telefonnummer) gerne Informations- und auch Werbematerial zukommen lassen, damit Sie über die neuesten Produkte informiert sind.

Mit der gegenständlichen Einwilligungserklärung stimmen Sie der Verwendung Ihrer Kontaktdaten für die Übermittlung von Werbe- und Informationsmaterial ausdrücklich und freiwillig zu. Sie können diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen.

1. Hiermit **stimme ich ausdrücklich zu**, dass mir Informations- und Werbematerial an meine bekannt gegebenen Kontaktadressen übermittelt wird. Ich möchte laufend über die neusten Produkte und Dienstleistungen Ihres Unternehmens per Fax, E-Mail, Telefon, SMS oder per Post informiert werden.

2. **Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.**

_____, am _____
(Ort) (Datum)

(Betroffener)

(Verantwortlicher)