

Vollmacht für den Zugang zu Informationen

Der Versicherungsnehmer (der „Versicherungsnehmer“) bestätigt, dass er die folgenden Erklärungen gelesen und verstanden hat und diesen zustimmt:

1. Dem Versicherungsnehmer ist bekannt, dass Foyer Global Health S.A. nach den im luxemburgischen Gesetz vom 7. Dezember 2015 für den Versicherungssektor in seiner jeweiligen Fassung festgelegten Bedingungen zur Verschwiegenheit verpflichtet ist.
2. Der Versicherungsnehmer möchte sich ausdrücklich mit seinem Vermittler (dem „Vermittler“) beraten und sich von diesem bezüglich der Angelegenheiten dieses Versicherungsvertrages bei Foyer Global Health S.A. beraten lassen.
3. Dementsprechend erteilt der Versicherungsnehmer dem Vermittler (und jedem seiner bevollmächtigten Vertreter und Mitarbeiter) mit dieser Vollmacht ausdrücklich und insbesondere das Recht, in seinem Namen und auf seine Rechnung Informationen, Unterlagen und/oder Daten einzusehen, die von Foyer Global Health S.A. ausgestellt wurden, gleichgültig, ob diese Informationen, Unterlagen und/oder Daten als vertraulich erachtet werden oder nicht, einschließlich der Gesundheitsdaten und gleichgültig, ob sie in direktem oder indirektem Zusammenhang mit Aspekten der Versicherungspolice stehen.
4. Der Versicherungsnehmer erkennt ausdrücklich und insbesondere an, dass der Vermittler berechtigt ist, ihn bei Foyer Global Health S.A. hinsichtlich der Anforderung und Einholung aller Informationen, Unterlagen und/oder Daten zu vertreten, die unter Absatz 3 oben festgelegt sind und diese Informationen, Unterlagen und/oder Daten in den Räumlichkeiten des Vermittlers oder jedem anderen Ort nach seinem Ermessen zu speichern, gleichgültig ob in Luxemburg oder im Ausland gelegen. Diese Informationen, Unterlagen und/oder Daten dürfen auch nach Widerruf der vorliegenden spezifischen Vollmacht weiterhin in den Räumlichkeiten des Vermittlers gespeichert werden und unterliegen möglicherweise keinem dem luxemburgischen Berufsgeheimnis gleichgestellten Schutz.
5. Gemäß den Bestimmungen dieser Vollmacht befreit der Versicherungsnehmer Foyer Global Health S.A. hiermit von jeglicher Verantwortung (gleichgültig, aus welchem Grund) hinsichtlich aller Handlungen auf Seiten des Vermittlers, die möglicherweise Anweisungen überschreiten und erkennt hiermit an, dass Foyer Global Health S.A. unter keinen Umständen für den Transfer von Informationen, Unterlagen und/oder Daten an den Vermittler verantwortlich ist, auch im Falle von vertraulichen Informationen, Unterlagen und/oder Daten, einschließlich Gesundheitsdaten betreffend seinem Versicherungsvertrag, den er mit Foyer Global Health S.A. abgeschlossen hat.
6. Diese Vollmacht unterliegt luxemburgischem Recht und wird nach den Gesetzen des Großherzogtums Luxemburg ausgelegt. Der Versicherungsnehmer erklärt sich damit einverstanden, sich in Bezug auf Streitigkeiten bezüglich des Bestehens, der Auslegung, Gültigkeit und Ausführung der vorliegenden Vollmacht unwiderruflich und bedingungslos ausschließlich der luxemburgischen Gerichtsbarkeit zu unterwerfen.
7. Der Versicherungsnehmer kann diese Vollmacht jederzeit durch schriftliche Mitteilung beim Vermittler widerrufen. Zusätzlich soll der Widerruf der Vollmacht ebenso per Einschreiben an den eingetragenen Sitz der Foyer Global Health S.A. gesendet werden, damit dieser vollstreckbar ist.
8. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich hiermit, alle Handlungen oder Unterlagen, die in seinem Namen in Übereinstimmung mit dieser Vollmacht entworfen und/oder veröffentlicht wurden, anzunehmen, alle Maßnahmen zu ergreifen und alle Unterlagen zu unterzeichnen, die er als nützlich oder erforderlich erachtet, damit diese Vollmacht Wirksamkeit erlangt.

Versicherungs-Nr. (falls vorhanden)

Vollständiger Name des Versicherungsnehmers

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Registrierungsnummer des Versicherungsvermittlers

Vollständiger Name des Versicherungsvermittlers