



ARAG Krankenversicherungs-AG  
Fachbereich Vertragsservice  
Bonitätsauskunft zu einer Vorabanfrage  
Vorabanfragen-kv@ARAG.de  
Fax: 089 4124-9620

Name Vertriebspartner	
Orga, Vermittlernummer	

## Einwilligungserklärung zur Einholung von Wirtschaftsauskünften

Vorname	
Name	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Ich willige ein, dass über mich Wirtschaftsauskünfte eingeholt und diese Auskünfte von der ARAG Krankenversicherungs-AG gespeichert werden. Hierzu werden mein Vorname, Name, Anschrift und Geburtsdatum an eine Wirtschaftsauskunftei (zum Beispiel infoscore, SCHUFA, Bürgel, Creditreform) übermittelt. Zum Zwecke des Vertragsabschlusses werden die Informationen zu meinem Zahlungsverhalten von der ARAG- Krankenversicherungs-AG verarbeitet. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Nach einem Zeitraum vom 12 Monaten ab dem Ende des Kalenderjahres der Anfrage werden diese Daten gelöscht.

Ort, Datum
------------

Unterschrift
--------------