

Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

P111

Union Krankenversicherung AG
Abteilung Pflegeversicherung
66099 Saarbrücken

Vers.Nr.:

Vollmacht

Vorname, Name des Versicherungsnehmers	Geburtsdatum
Vorname, Name des Pflegebedürftigen (sofern abweichend vom Versicherungsnehmer)	Geburtsdatum

Wir bevollmächtigen hiermit: (bitte in Druckschrift angeben)

Vorname, Name	Geburtsdatum	Telefon
Straße	PLZ/Ort	

- ab dem _____ (TT.MM.JJJJ)
 ab sofort

Willenserklärungen, Verfügungen und Auskünfte im Zusammenhang mit meiner Kranken- bzw. Pflegeversicherung bei der Union Krankenversicherung AG für mich abzugeben und entgegenzunehmen bzw. einzuholen.
Ich entbinde die Union Krankenversicherung AG und ihre Mitarbeiter insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Diese Vollmacht erstreckt sich auf Erklärungen und Auskünfte aller Art, soweit ich nicht nachstehend Einschränkungen gemacht habe.

Einschränkungen: _____

Diese Vollmacht, die ich jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, gilt auch über den Tod hinaus.

- Des Weiteren sollen der Schriftwechsel und Leistungsabrechnungen für den kompletten Vertrag nur noch an die Adresse der bevollmächtigten Person geschickt werden, **d.h. die Zustell-Adresse für die Briefpost soll dementsprechend geändert werden.**

Ort/Datum	Unterschrift des Pflegebedürftigen (oder gesetzlicher Vertreter)
-----------	--

und

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers (oder gesetzlicher Vertreter)
-----------	---

P111

FNR338737

Seite 1 von 1 Seite