

Union Krankenversicherung AG
Abteilung Pflegeversicherung
66099 Saarbrücken

Vers.Nr.:

Vollmacht

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

Ich/Wir bevollmächtigen hiermit:

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 sind bei der Union Krankenversicherung AG für mich abzugeben und entgegenzunehmen bzw. einzuholen. Die Union Krankenversicherung AG und Ihre Mitarbeiter werden insoweit von ihrer Schweigepflicht entbunden.

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)
-----------	---

Hinweis:

Sind in Ihrem Vertrag Personen ab 16 Jahren mitversichert? Wenn ja, beachten Sie bitte die Rückseite.

Aus rechtlichen Gründen ist es erforderlich, dass alle in einem Vertrag versicherten Personen ab 16 Jahre damit einverstanden sind, dass alle Briefpost zum Vertrag an die c/o Adresse versandt wird. Dies muss durch Unterschrift dokumentiert werden.

Vorname, Name der versicherten Person ab 16 Jahre	Geburtsdatum	Ort/Datum	Unterschrift
---	--------------	-----------	--------------

Vorname, Name der versicherten Person ab 16 Jahre	Geburtsdatum	Ort/Datum	Unterschrift
---	--------------	-----------	--------------