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
Ich/Wir bevollmächtigen hiermit:	
Vorname, Name	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort
□ ab dem (TT.MM.JJJJ) □ ab sofort	
Willenserklärungen, Verfügungen und Auskünfte im Zusammenhang mit mei bei der Union Krankenversicherung AG für mich abzugeben und entgegenzu Die Union Krankenversicherung AG und Ihre Mitarbeiter werden insoweit vo	unehmen bzw. einzuholen.
Diese Vollmacht erstreckt sich auf Erklärungen und Auskünfte aller Art, sow gemacht habe.	eit ich nicht nachstehend Einschränkungen
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 oder bevollmächtigten Person geschickt werden, d.h. die Zustell-Adresse geändert werden.	
Ort/Datum Unterschrift of	des Pflegebedürftigen (oder gesetzlicher Vertreter)
und	
Ort/Datum Unterschrift of	des Versicherungsnehmers (oder gesetzlicher Vertreter)

Hinweis:

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

P111

FNR338737 Seite 1 von 2 Seiten

338737; 11/25 ek

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

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

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

FNR338737 Seite 2 von 2 Seiten