

Vollmacht für meine Krankenversicherung

KLF-001 11.18

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die
uniVersa
Krankenversicherung a.G.
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

Ich habe unten genannte Person mit der Wahrnehmung meiner Interessen betreffend den oben genannten Versicherungsvertrag bei der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg, beauftragt.

Die Bevollmächtigung erstreckt sich auf alle eventuell bei der uniVersa Krankenversicherung a.G., der uniVersa Lebensversicherung a.G und der uniVersa Allgemeine Versicherung AG, Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg (nachfolgend kurz: uniVersa), bestehenden Versicherungsverträge.

Bitte kreuzen Sie an, welchen Umfang Ihre Vollmacht haben soll:

- 1. Auskünfte erhalten.
- 2. Den gesamten Schriftwechsel zu führen und entgegenzunehmen.
(beinhaltet Punkt 1)
- 3. Rechtsverbindliche Willenserklärungen abgeben bzw. entgegenzunehmen sowie über die genannten Verträge wirtschaftlich zu verfügen und Zahlungen zu erhalten.
(beinhaltet Punkt 1 und 2)

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige daher – jederzeit widerrufbar – in die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten, meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten durch die uniVersa an diese Person ein. Gleichzeitig entbinde ich – jederzeit widerrufbar – die für die uniVersa tätigen Personen im Hinblick auf die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an die bevollmächtigte Person von ihrer Schweigepflicht.

Bevollmächtigter:

Herr Frau

Zuname Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Ort Datum  Unterschrift Versicherungsnehmer