

Vollmacht

KLF-001 08.26

Versicherungsnummer

uniVersa
Krankenversicherung a.G.
Leistungsservice
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Name*

Vorname*

Geburtsdatum*

Anschrift*

Ich habe die 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 den Vertrag mit der von mir oben genannten Versicherungsnummer bei der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg.

☐ Die Bevollmächtigung erstreckt sich auf **alle** meine eventuell bestehenden Versicherungsverträge bei der uniVersa Krankenversicherung a.G.

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 mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar – in die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten, meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. an diese Person ein. Gleichzeitig entbinde ich – jederzeit mit Wirkung für die Zukunft 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:

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers Titel Namensvors. Geb.-Datum

z.B. Prof., RA

z.B. Dr., Dr. med.

z. B. von, van, del

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

Ort*

Datum*

Unterschrift Versicherungsnehmer*

***Pflichtfeld**

Seite 1 von 1