

Versicherungsschein-Nummer
Krankenversicherung:

Versicherungsschein-Nummer
Pflegeversicherung:

Name des Versicherungsnehmers:
Straße:
PLZ/Ort:

Vollmachterteilung

Hiermit beauftrage ich

Frau/Herrn/Firma:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon Bevollmächtigter:

mich in allen Versicherungsangelegenheiten meiner privaten Krankenversicherung und meiner privaten Pflegeversicherung bei der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG zu vertreten.

Gleichzeitig willige ich in die Datenübermittlung von der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG an die genannte Person/Firma ein und befreie die Mitarbeiter der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Zukünftig soll der gesamte Schriftwechsel an die Anschrift des Bevollmächtigten gesendet werden.

☐ ja ☐ nein

Gleichzeitig bin ich mir bewusst, dass die Datenübermittlung aus dem Krankenversicherungsvertrag insbesondere auch Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB (Strafgesetzbuch) geschützte Daten umfasst und sich die hier gegebenen Erklärungen auch auf diese Daten beziehen.

Sofern ich die Vollmacht beende, werde ich die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG unverzüglich informieren.

Ort, Datum

Unterschrift volljährige versicherte Person(en)



