

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Herrn/Frau

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

das Beschwerdeverfahren vor dem Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

mit dem Aktenzeichen _____ (falls vorhanden)

gegen das Versicherungsunternehmen _____

in meinem Namen durchzuführen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person