

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.  
20351 Hamburg

## Vollmacht

betreffend meinen Krankenversicherungsvertrag \_\_\_\_\_  
der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. sowie meinen

Pflegeversicherungsvertrag \_\_\_\_\_  
(einschließlich ergänzender Pflegeversicherungsverträge) bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

### Ich,

Name, Vorname (Vollmachtgeber/in)	
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	
PLZ Ort	
Telefon	

### erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname (bevollmächtigte Person)	
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	
PLZ Ort	
Telefon	

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen die oben genannten Verträge betreffenden Angelegenheiten gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe, insoweit kann ich auch Streichungen vornehmen. Ich kann diese Vollmacht jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft ganz oder in Teilen gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. widerrufen oder ändern.

## Vollmacht - Seite 2 - VNR:

---

- Die bevollmächtigte Person darf mich gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. im Zusammenhang mit den oben genannten Kranken- und Pflegeversicherungsverträgen vertreten.

Ja  Nein

- Sie darf Vertrags- und Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen, wenn und soweit dies zur Durchführung der vorstehenden Versicherungsverträge erforderlich ist. Insoweit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal sowie die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Ja  Nein

- Sie darf insoweit die für mich bestimmte Post entgegennehmen, sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden.

Ja  Nein

- Die bevollmächtigte Person ist zustellungsberechtigt, das heißt, zukünftig werden jegliche Schreiben der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. nicht mehr an die Anschrift des Vollmachtgebers, sondern an die Anschrift der bevollmächtigten Person versandt.

Ja  Nein

- Sie darf bestimmen, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. die Versicherungsleistung mit befreiender Wirkung auf ein anderes als das von mir genannte Leistungskonto zahlen soll.

Ja  Nein

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

Ja  Nein

- Die Vollmacht bleibt in Kraft, wenn ich nach Errichtung geschäftsunfähig werden sollte und gilt über den Tod hinaus.

Ja  Nein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der volljährigen mitversicherten Personen bzw. des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen mitversicherten Personen

Ihre hier angegebenen personenbezogenen Daten werden von der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. verarbeitet und im Rahmen bestehender vertraglicher sowie gesetzlicher Aufbewahrungsfristen gespeichert.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.  
20351 Hamburg

## Vollmacht

betreffend meinen Krankenversicherungsvertrag \_\_\_\_\_  
der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. sowie meinen

Pflegeversicherungsvertrag \_\_\_\_\_  
(einschließlich ergänzender Pflegeversicherungsverträge) bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

### Ich,

Name, Vorname (Vollmachtgeber/in)	
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	
PLZ Ort	
Telefon	

### erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname (bevollmächtigte Person)	
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	
PLZ Ort	
Telefon	

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen die oben genannten Verträge betreffenden Angelegenheiten gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe, insoweit kann ich auch Streichungen vornehmen. Ich kann diese Vollmacht jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft ganz oder in Teilen gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. widerrufen oder ändern.

**- Kopie für Ihre Unterlagen -**

**Vollmacht - Seite 2 - VNR:**

---

- Die bevollmächtigte Person darf mich gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. im Zusammenhang mit den oben genannten Kranken- und Pflegeversicherungsverträgen vertreten.

Ja  Nein

- Sie darf Vertrags- und Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen, wenn und soweit dies zur Durchführung der vorstehenden Versicherungsverträge erforderlich ist. Insoweit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal sowie die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Ja  Nein

- Sie darf insoweit die für mich bestimmte Post entgegennehmen, sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden.

Ja  Nein

- Die bevollmächtigte Person ist zustellungsberechtigt, das heißt, zukünftig werden jegliche Schreiben der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. nicht mehr an die Anschrift des Vollmachtgebers, sondern an die Anschrift der bevollmächtigten Person versandt.

Ja  Nein

- Sie darf bestimmen, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. die Versicherungsleistung mit befreiender Wirkung auf ein anderes als das von mir genannte Leistungskonto zahlen soll.

Ja  Nein

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

Ja  Nein

- Die Vollmacht bleibt in Kraft, wenn ich nach Errichtung geschäftsunfähig werden sollte und gilt über den Tod hinaus.

Ja  Nein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der volljährigen mitversicherten Personen bzw. des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen mitversicherten Personen

Ihre hier angegebenen personenbezogenen Daten werden von der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. verarbeitet und im Rahmen bestehender vertraglicher sowie gesetzlicher Aufbewahrungsfristen gespeichert.