

Versicherungsnummer

1020250

Vollmacht

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, bei Fragen wenden Sie sich bitte per Telefon: 0221 84598958 oder reichen Sie Ihr Anliegen noch schneller ein unter meine.gpv-pflege.de)

Ich, Vollmachtgebende Person

[illegible][illegible][illegible]

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Geburtsdatum | | | | | | | |

Geburtsort

Telefon

erteile hiermit Vollmacht an

Bevollmächtigte Person

[illegible][illegible]

Straße

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

☐ Ja
☐ Nein

☐ Ja
☐ Nein

☐ Ja
☐ Nein

4. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐ Ja☐ Nein**5. Widerruf früherer Vollmachten**

In der Vergangenheit gegenüber der Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen erteilte Vollmachten
erlöschen damit.

☐ Ja☐ Nein

Ich entbinde die Pflegeversicherung bei der Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen von ihrer
Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person.

Diese Vollmacht gilt ab

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

ggf. bis

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

(nur nutzen, wenn Vollmacht befristet sein soll)

Ich kann die Vollmacht jederzeit widerrufen. Sie gilt dann bis zu meinem Widerruf.

Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie in unseren
Datenschutzhinweisen unter <https://www.gpv-pflege.de/datenschutz> entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtnehmenden Person

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person