

## 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