

Gothaer Krankenversicherung AG

	Pflegeversicherung 50598 Köln Telefon 0221 308–22093 Telefax 0221 308–24444 E-Mail gbl_leistung@gothaer.de
Name der pflegebedürftigen Person	
Straße	internet www.gothaer.de
PLZ, Wohnort	
Versicherungsnummer	
Vollmacht	
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass sämtliche vertrags- und leistungsrechtlichen Angele gegebenenfalls erforderlichen Schweigepflichtentbindung im Zusammenhang mit den bei der Got bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungstarifen von folgend namentlich benannter Person nommen werden.	thaer Krankenversicherung AG
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / Telefax	
Bitte senden Sie den Schriftwechsel zukünftig an die Adresse des	
☐ Versicherungsnehmers	
☐ Bevollmächtigten.	

* Sollte Unterschriftsleistung nicht mehr durch die pflegebedürftige Person (bei Minderjährigen durch gesetzlichen Vertreter) möglich sein, benötigen wir eine Kopie des Betreuerausweises.

Unterschrift des Vollmachtgebers*

Ort, Datum