

## Vollmacht Kostenübernahmeverfahren

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber/ in)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum/ Ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

den Vollmachtnehmer:

Universitätsklinikum des Saarlandes

Kirrberger Straße 100

66421 Homburg

Ausführende Stelle: \_\_\_\_\_ (Klinik ergänzen)

für mich und in meinem Namen den Kostenübernahmeantrag für die medizinische Behandlung  
\_\_\_\_\_ am Universitätsklinikum des Saarlandes  
bei meiner Krankenkasse zu stellen.

Die Vollmacht gilt für das gesamte Kostenübernahmeverfahren einschließlich Widerspruch und endet automatisch mit Abschluss des Verfahrens.

Die Vollmacht kann jederzeit gegenüber dem UKS und/ oder der Krankenkasse widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Vollmachtgeber/ in)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Vollmachtnehmer/ UKS)