

# VOLLMACHT

ZUR VORLAGE BEI DER KRANKEN- UND PFLEGEKASSE DER BKK·VBU



## ALLGEMEINE ANGABEN DER KUNDIN/DES KUNDEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

## ICH BEVOLLMÄCHTIGE

1. Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon\*

E-Mail\*

Bitte richten Sie den zukünftigen Schriftverkehr an mich  ja  nein

2. Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon\*

E-Mail\*

Bitte richten Sie den zukünftigen Schriftverkehr an mich  ja  nein

mich in allen Angelegenheiten der Sozialversicherung zu vertreten.

Der/die Bevollmächtigte ist insbesondere berechtigt, für mich Willenserklärungen gegenüber meiner Kranken- und Pflegekasse abzugeben, Bescheide der Versicherungsträger entgegenzunehmen und Akten einzusehen.

Wenn als Besonderheit nichts anderes angegeben ist, sind mehrere Personen jeweils einzeln vertretungsberechtigt.

Besonderheit

Diese Vollmacht gilt ab

Ort, Datum  Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

\* Die Angaben Ihrer Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig. Es hat keine nachteiligen Folgen, wenn Sie keine Angaben machen.

Bitte zurück senden an: BKK·VBU, 10857 Berlin