

Vollmacht

Name	Straße, PLZ, Ort	Versichertennummer

Ich bevollmächtige folgende Person, mich in allen Angelegenheiten gegenüber der Kranken- und Pflegekasse zu vertreten:

Name, Vorname	Geburtsdatum

Adresse	Telefonnummer*

Bitte kreuzen Sie an, wie der zukünftige Schriftwechsel durch die erfolgen soll:

- Der Schriftwechsel soll weiterhin direkt über mich erfolgen.
- Der Schriftwechsel soll direkt an die von mir bevollmächtigte Person erfolgen.
- Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit einem * (Sternchen) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig, sie erleichtern uns zum Beispiel Rückfragen oder dienen zur Beratung. Sie werden vertraulich behandelt und können jederzeit widerrufen werden.