

# VOLLMACHT



**BKK Werra-Meissner**

Sudetenlandstraße 2a  
37269 Eschwege

Fax: **05651 7451-999**

E-Mail: **info@bkk-wm.de**

Haben Sie Fragen?

Service-Telefon: **05651 7451-888**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname		Nachname	
Krankenversicherungsnummer		Geburtsdatum	
Straße	Nr.	PLZ	Wohnort
Telefon (Angabe ist freiwillig)		E-Mail (Angabe ist freiwillig)	

## ICH ERTEILE HIERMIT VOLLMACHT AN

Vorname		Nachname		Geburtsdatum	
Straße	Nr.	PLZ	Wohnort		
Telefon (Angabe ist freiwillig)			E-Mail (Angabe ist freiwillig)		

## UM

**Auskünfte** in allen Belangen meiner Kranken- und Pflegeversicherung bei der BKK Werra-Meissner zu erhalten und Einsicht in sämtliche Sozial- und Gesundheitsdaten nehmen zu können.

**Anträge** zu stellen und Erklärungen abzugeben. Die Vollmacht umfasst die Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber der BKK Werra-Meissner. Die Vollmacht umfasst auch meine Vertretung bei Widerspruchsverfahren.

## BEGINN DER VOLLMACHT

Die Vollmacht gilt  ab sofort.  ab dem .....

Hinweis: Die Vollmacht gilt solange, bis Sie sie schriftlich bei uns widerrufen oder die bevollmächtigte Person die Vollmacht zurückgibt.

Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten.

## UNTERSCHRIFT

Ort	Datum	Unterschrift Vollmachtgeber(in) <b>X</b>
-----	-------	---