

VOLLMACHT



BKK Werra-Meissner

Straßburger Str. 5
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) X
-----	-------	---