

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

BKK
PFLEGE
VERSICHERUNG

E-Mail: info@bkkvp.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: **0800 2 234 987**
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Hiermit bevollmächtige ich

Name des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin	Vorname des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	

Frau/Herrn

Name des/der Bevollmächtigten	Vorname des/der Bevollmächtigten
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	
Telefon*	Email*

*Die Angabe von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig.

mich gegenüber der BKK VerbundPlus und der Pflegekasse der BKK VerbundPlus zu vertreten.

Bitte senden Sie zukünftige Post
weiterhin an mich an meine/n Bevollmächtigte/n.

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

Die Vollmacht ist bis zu meinem Widerruf gültig.

Ort	Datum	Unterschrift Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin
-----	-------	--