

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Name, Vorname des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Anschrift

Geburtsdatum

Frau/Herrn

Name, Vorname des/der Bevollmächtigten

Anschrift

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

Die Vollmacht umfasst

Art des Antrages/der Angelegenheit der Kranken- oder Pflegeversicherung

Die Vollmacht ist bis zu meinem Widerruf gültig.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin

Erhalten:

Datum

BKK VerbundPlus/Pflegekasse der BKK VerbundPlus / Handzeichen SB