

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	

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

Die Bevollmächtigte bzw. der Bevollmächtigte ist	
meine Tochter/mein Sohn	meine Ehefrau/mein Ehemann
meine Lebenspartnerin/mein Lebenspartner	meine Schwester/mein Bruder
Sonstiges	

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
-----	-------	----------------------------------------------