

Zur Identifikation ist **zwingend** eine Kopie eines amtlichen Ausweises der bevollmächtigten Person beizulegen.

**Versicherte Person**

(Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse & Nr: \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

---

**Bevollmächtigte Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse & Nr: \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Gültigkeit der Vollmacht**

- Einholen von Auskünften
- Empfang sämtlicher Korrespondenz  
(sämtliche Korrespondenz erfolgt an bevollmächtigte Person)
- Vornehmen von Versicherungsänderungen

**Einschränkungen der Vollmacht:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die vorliegende Vollmacht gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf. Ich entbinde hiermit die Krankenkasse Birchmeier sowie alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person zur Erfüllung der gewünschten Dienstleistungen.

Ort & Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift  
Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Ort & Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift  
Bevollmächtigte/er: \_\_\_\_\_