

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
(dies umfasst auch die besonders schützenswerten Daten)
- Empfang sämtlicher Korrespondenz
(sämtliche Korrespondenz erfolgt an bevollmächtigte Person)
- Vornehmen von Versicherungsänderungen & Kündigungen

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/r: _____