

VOLLMACHTSERKLÄRUNG

Versicherte Person

Name, Vorname: _____

Strasse & Nr: _____

PLZ & Wohnort: _____

Versicherten-Nr. _____

Geburtsdatum: _____

Vollmacht gilt für:

Name, Vorname: _____

Strasse & Nr: _____

PLZ & Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon / E-Mail _____

➔ **Bitte zwingend Ausweiskopie beilegen!**

Einholen von sämtlichen Auskünften zur vorhandenen Versicherung

Adressanpassung; Korrespondenz neu an bevollmächtigte Person

Vornehmen von Versicherungsänderungen & Kündigungen

Bemerkungen _____

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

Ort & Datum: _____

Versicherte Person: _____

Ort & Datum: _____

Bevollmächtigte Person: _____