

VOLLMACHTSERKLÄRUNG

Versicherte Person	
Name & Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse & Nr.:	TelefonNr:
PLZ / Ort:	Versicherten-Nr:
Bevollmächtigte Person	
Name & Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse & Nr.:	TelefonNr:
PLZ / Ort:	E-Mail:
➔ Bitte zwingend Ausweiskopie der bevollmächtigten Person beilegen!	
Folgende Handlungen dürfen durch den Bevollmächtigten getätigt werden:	
<input type="checkbox"/> Vornehmen von Versicherungsänderungen & Kündigung <input type="checkbox"/> Einholen von Auskünften <input type="checkbox"/> Empfangen sämtlicher Korrespondenz	
Leistungszahlungen und Prämienrückerstattungen	
<input type="checkbox"/> Zahlungsverbindung der versicherten Person IBAN:	
<input type="checkbox"/> Zahlungsverbindung der bevollmächtigten Person IBAN:	
Bemerkungen	

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

Ort & Datum _____

Unterschrift der versicherten Person:

Unterschrift der bevollmächtigten Person:
