

Name, Vorname:
Straße, PLZ, Ort:
Versicherungsnummer:

Antwort an:

Pronova BKK, 67058 Ludwigshafen

Vollmacht

Bitte beachten Sie: Angehörige sind nicht automatisch berechtigt für Sie Anträge zu unterschreiben. Sofern eine andere Person für Sie Anträge unterschreibt, benötigen wir von Ihnen für diese Person eine Vollmacht. Dritte können sich nicht eigenständig bevollmächtigen. Anträge ohne rechtsgültige Unterschrift können wir nicht bearbeiten.

Ich bevollmächtige

Vorname:	Geschlecht: M	W	D
Name:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
Telefon:			

mich in allen Angelegenheiten gegenüber der Kranken-/Pflegekasse zu vertreten.

Die Bevollmächtigte bzw. der Bevollmächtigte ist

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mein Kind | <input type="checkbox"/> mein*e Ehepartner*in |
| <input type="checkbox"/> mein*e Lebenspartner*in | <input type="checkbox"/> meine Schwester / mein Bruder |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Bitte senden Sie zukünftige Post: weiterhin direkt an mich an meine*n Bevollmächtigte*n.

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

--	--

Datum Unterschrift Kund*in

--	--

Datum Unterschrift Bevollmächtigte*r