

Name, Vorname:
Straße, PLZ, Ort:
Versicherungsnr.:

**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:	Geburtsdatum:
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	

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

Die Bevollmächtigte bzw. der Bevollmächtigte ist

mein Kind

mein\*e Ehepartner\*in

mein\*e Lebenspartner\*in

meine Schwester / mein Bruder

Sonstiges:

Bitte senden Sie zukünftige Post:

weiterhin direkt an mich oder an

meine\*n Bevollmächtigte\*n.

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

Datum

Unterschrift Kund\*in

Datum

Unterschrift Bevollmächtigte\*r