

Vollmacht

Ich,

Name, Vorname (Vollmachtgeber/in)	Krankenversichertennummer/Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname (Bevollmächtigte/r)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer/E-Mail (freiwillige Angabe)	

§ 13 Sozialgesetzbuch X ermöglicht es, dass sich jede(r) Beteiligte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch eine(n) Bevollmächtigte(n) vertreten lassen kann. Bevollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person. Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich zur Wahrnehmung meiner Interessen für alle Angelegenheiten die im Zusammenhang mit der BKK EWE Kranken- und Pflegekasse stehen zu vertreten.

Mir ist bekannt, dass diese Vollmacht freiwillig ist und ich sie jederzeit gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen kann. Einen Widerruf werde ich der BKK EWE unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Vollmachtgeber(in)
------------	---

Als Bevollmächtigter bin ich mit der Speicherung der Daten für eine vereinfachte Kommunikation über Angelegenheiten des Vollmachtgebers einverstanden. Meine Einwilligung zur Datenspeicherung kann ich jederzeit widerrufen. Insofern ich eine Telefonnummer oder E-Mailadresse angegeben habe, bin ich mit einer Speicherung der Daten durch die BKK EWE einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Bevollmächtigten
------------	---------------------------------------