



Bitte senden an:

Telefonische Erreichbarkeit:
05241 89 2189

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Versicherten-Nr.

E-Mail-Adresse

Telefon

folgende Person (Vollmachtnehmer/in)

Herr

Frau

Divers

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

ggf. Versicherten-Nr.

E-Mail-Adresse

Telefon

meine Interessen in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit meiner Kranken- und Pflegeversicherung bei der BKK Miele wahrzunehmen.

Das bedeutet, dass die bevollmächtigte Person Auskünfte erhält, Anträge stellen und Erklärungen abgeben darf.

Der gesamte Schriftverkehr soll ab sofort:

weiterhin nur an mich gehen.

stellvertretend an die bevollmächtigte Person gehen.

Ich erhalte keine Post mehr von der BKK Miele.

Diese Vollmacht gilt ab sofort und kann jederzeit durch mich schriftlich geändert, widerrufen oder durch die bevollmächtigte Person zurückgegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift