

Nachname, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherungsnummer: _____



BKK ProVita
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen

Vollmacht

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen. **Wichtig:** Unterschrift nicht vergessen!

Angaben zur bevollmächtigten Person

weiblich männlich divers

Nachname: _____

Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Telefonnummer (freiwillige Angabe) _____

Beginn der Vollmacht:

ab sofort (Eingangsstempel bei der BKK ProVita)

ab dem _____
(Datum)

Beachten Sie bitte, dass die Vollmacht bis zum schriftlichen Widerruf wirksam bleibt. Dies gilt auch über den Tod hinaus. Hier kann nur der Rechtsnachfolger*in diese widerrufen. Wenn Sie dies nicht wünschen bitte folgendes ankreuzen:

Die Vollmacht gilt nur zu Lebzeiten.

Art der Vollmacht (Mehrfachauswahl möglich)

Die von mir bevollmächtigte Person darf in folgenden Bereichen Auskünfte bekommen:

- allgemeine Leistungen der Krankenversicherung
- Mitgliedschaft und Beiträge
- Pflegeversicherung

Die von mir bevollmächtigte Person darf in folgenden Bereichen Auskünfte bekommen und für mich handeln (z.B. Anträge stellen)

- allgemeine Leistungen der Krankenversicherung
- Mitgliedschaft und Beiträge
- Pflegeversicherung

Postvollmacht

- Die von mir bevollmächtigte Person soll stellvertretend für mich den Schriftverkehr erhalten.

Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen werde ich schnellstmöglich schriftlich mitteilen.

Telefonnummer für mögliche Rückfragen

Die personenbezogenen Daten benötigen wir um unsere gesetzlichen Aufgaben richtig zu erledigen. Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI.