

An die

**BKK_DürkoppAdler
Krankenkasse / Pflegekasse
Stieghorster Straße 66
33605 Bielefeld**

Vollmacht

Vollmachtgeber/in

Ich, _____ ,
Name, Vorname

wohnhaft _____ ,
Straße Hausnr. / PLZ, Ort

geboren am _____
Geburtsdatum

bevollmächtigte

Bevollmächtigte/r
Herrn/Frau

Name, Vorname

Straße Hausnr., PLZ Ort

Geburtsdatum

Unterschrift Bevollmächtigte/r

- Auskünfte über alle Angelegenheiten, die mein Versicherungsverhältnis betreffen, von der BKK_DürkoppAdler und BKK Pflegekasse DürkoppAdler zu erhalten
- Anträge in meinem Namen bei der BKK_DürkoppAdler und BKK Pflegekasse DürkoppAdler zu stellen, Erklärungen abzugeben und entgegenzunehmen.
- Sämtlicher Schriftverkehr soll ab sofort an die Anschrift meines/Bevollmächtigten versendet werden.

Die Vollmacht umfasst auch die Vertretung in Widerspruchsverfahren.

Die Vollmacht ist wirksam, bis sie schriftlich durch mich oder nach meinem Tod durch meine Erben gegenüber der BKK_DürkoppAdler und der BKK Pflegekasse DürkoppAdler widerrufen wird. Ohne Widerruf gilt die Vollmacht auch nach meinem Tod.

Unterschrift Versicherte/r

Datum