

Zurück an:  
BKK24  
Zentralverwaltung  
31681 Obernkirchen

## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Krankenkasse <b>BKK24</b>	Krankenversichertennummer

Hauptbevollmächtigte\*r

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis
Telefonnummer*	E-Mail*

in allen Angelegenheiten meiner Kranken- und Pflegeversicherung bei der BKK24 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Auskünfte** erhalten zu dürfen und **Einsicht** in sämtliche Sozial- und Gesundheitsdaten nehmen zu können.
- Anträge** zu stellen, **Erklärungen** abzugeben und **Rechtsmittel** einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten.
- Schriftverkehr in den von der Vollmacht umfassten Angelegenheiten soll ausschließlich an die bevollmächtigte Person gehen.

zusätzlich

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis
Telefonnummer*	E-Mail*

in allen Angelegenheiten meiner Kranken- und Pflegeversicherung bei der BKK24 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Auskünfte** erhalten zu dürfen und **Einsicht** in sämtliche Sozial- und Gesundheitsdaten nehmen zu können.
- Anträge** zu stellen, **Erklärungen** abzugeben und **Rechtsmittel** einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten.

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus

Evtl. in der Vergangenheit gegenüber der BKK24 erteilte Vollmachten erlöschen hiermit.

**Die Vollmacht ist bis zu meinem Widerruf gültig.** Dieser wird wirksam, wenn er der BKK24 zugeht.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

\*freiwillige Angaben