vividabkk
Ihre Krankenkasse

Vollmacht

Vollmacht bitte senden an:
www.vividabkk.de/kontakt-sonstiges
oder einfach QR-Code scannen

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname _____ _____

Anschrift _____

Geburtsdatum . .

Telefon* _____

Versicherungs-Nr. | | | | | | | | | | |

E-Mail* _____
*freiwillige Angaben

folgende Person, mich gegenüber der vivida bkk/Pflegekasse der vivida bkk zu vertreten:

Name, Vorname _____ _____

Anschrift _____

Geburtsdatum . .

Telefon* _____

E-Mail* _____
*freiwillige Angaben

Umfang der Vollmacht

Meine bevollmächtigte Person darf (bitte ankreuzen, mehrere Kreuze sind möglich)

☐ Auskünfte erhalten sowie Einsicht in Sozial, Gesundheits, Vermögens- und Beitragsdaten nehmen.

☐ Anträge stellen und Erklärungen in meinem Namen abgeben.

☐ mich im Widerspruchsverfahren _____ (bitte angeben) vertreten.

Postvollmacht

Sämtliche Briefe sollen an die bevollmächtigte Person gehen: ☐ Ja ☐ Nein

Hinweis für Nutzerinnen und Nutzer des Online-Postfachs: Ein zusätzlicher postalischer Versand an Ihre bevollmächtigte Person ist nicht möglich.

Gültigkeit

Diese Vollmacht gilt

☐ ab sofort

☐ erst ab dem _____

☐ nur bis zum _____

Diese Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten: ☐ Ja ☐ Nein

Alle bisher erteilten Vollmachten gegenüber der vivida bkk widerrufe ich hiermit: ☐ Ja ☐ Nein

Ich weiß, dass ich diese Vollmacht jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

_____ _____ _____
Ort Datum Unterschrift