

# Vollmacht

## Hiermit bevollmächtige ich

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

VSNR \_\_\_\_\_

## nachfolgende Person

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

## Auskünfte zu

- versicherungsrechtlichen Angelegenheiten
- beitragsrechtlichen Angelegenheiten
- leistungsrechtlichen Angelegenheiten

## von der vivida bkk

- telefonisch
- schriftlich

## zu erhalten.

Die Vollmacht kann von mir jederzeit, ohne Angaben von Gründen, widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Versicherter

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Bevollmächtigter