

**Antwort**

mhplus Betriebskrankenkasse  
Pflegeversicherung  
71632 Ludwigsburg

**Vollmacht - Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -**

Unser Zeichen:

**Vollmachtgeber/in:**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_  
Strasse

Telefon: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ich ermächtige**

Frau  Herrn

Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Verwandschaft:  Ja  Nein Grad: \_\_\_\_\_

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_  
Strasse

Telefon: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

zur Wahrnehmung meiner Rechtsansprüche in sozialrechtlichen Angelegenheiten gegenüber der mhplus und zur Einsicht in die in diesem Zusammenhang relevanten Akten.

Ja  Nein

Sie / Er darf meine Bankverbindung ändern.

Ja  Nein

Sie / Er darf auch in meinem Namen Anträge stellen (die Post geht dann zukünftig an den Bevollmächtigten).

Ja  Nein, diese Vollmacht gilt nur für Auskünfte.

**Dauer der Vollmacht:**

Diese Vollmacht gilt für den Sachverhalt: \_\_\_\_\_

Diese Vollmacht ist befristet bis zum: \_\_\_\_\_

Diese Vollmacht gilt unbefristet, bis auf Widerruf, auch über den Tod hinaus.

\_\_\_\_\_ Datum **X** Unterschrift Vollmachtgeber **X** Unterschrift Vollmachtnehmer