

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
Pflegeversicherung
71632 Ludwigsburg

Vollmacht - Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -

Unser Zeichen:

Vollmachtgeber/in:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Vollständige Adresse: _____
Strasse

PLZ, Ort _____
Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Ich ermächtige

Frau Herrn

Bevollmächtigte Person: _____
Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Verwandtschaft: Ja Nein Grad: _____

Vollständige Adresse: _____
Strasse

PLZ, Ort _____
Telefon: _____ 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