

**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: \_\_\_\_\_

**Ich ermächtige**

Frau  Herrn

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

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

Verwandtschaft:  Ja  Nein Grad: \_\_\_\_\_

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

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

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

**Angaben zur Art der Vollmacht**

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten gegenüber der mhplus **Auskünfte** erhalten:

Ja  Nein

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten gegenüber der mhplus **Auskünfte** erhalten und **für mich handeln** (z. B. Anträge stellen):

Ja  Nein

**Der gesamte Schriftverkehr soll ab sofort:**

- weiterhin nur an mich gehen.
- stellvertretend an die bevollmächtigte Person gehen. Ich erhalte **keine Post** mehr von der mhplus.

Wenn Sie beabsichtigen mehrere Personen zu bevollmächtigen:

An wen? \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir die Post nur an eine bevollmächtigte Person senden können

**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