



ANTWORT

Debeka Betriebskrankenkasse
56048 Koblenz

Empfänger

Name Versicherter

Versichertennummer

Vollmacht für die Kranken- und Pflegeversicherung der Debeka BKK

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

die/den Bevollmächtigte/n,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

- Auskünfte in allen Belangen meiner Krankenversicherung und Pflegeversicherung bei der Debeka BKK zu erhalten und Einsicht in sämtliche Sozial- und Gesundheitsdaten nehmen zu können.
- Zusätzlich soll der **gesamte Schriftverkehr** an die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten gehen. Die Vollmacht umfasst außerdem das Stellen von Anträgen, die Abgabe und das Entgegennehmen von Erklärungen, sowie die Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten der Krankenkasse und der Pflegeversicherung gegenüber der Debeka BKK.
- Sonstiges (konkrete Bezeichnung):

Diese Vollmacht gilt ab ggf. bis .

Die Vollmacht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf kann entweder postalisch (Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz) oder per Telefax (0261 94143 - 930) an die Debeka BKK bzw. Debeka BKK – Pflegekasse – übermittelt werden.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherter (ggf. gesetzlicher Vertreter/ Betreuer)

Ort und Datum

Unterschrift Bevollmächtigte(r)