

## Persönliche Angaben der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Name, Vorname

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

Straße

PLZ/Ort

Krankenversicherungsnummer  
lt. aktueller Versicherungskarte

Geburtsdatum

## Ich bevollmächtige

### Vollmachtnehmer/in - Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon

**mich in allen Angelegenheiten der Kranken- und Pfl egeversicherung gegenüber der BKK MAHLE/BKK MAHLE Pfl egekasse zu vertreten.**

Der gesamte Schriftverkehr ist mit  zu führen.  ja  nein

**Die Vollmacht gilt bis zu meinem schriftlichen Widerruf.**

Ich erteile die Vollmacht freiwillig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

