

Vollmacht

Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber ist:

Geschlecht: weiblich männlich divers unbestimmt

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Ich bevollmächtige folgende Person, mich in allen Angelegenheiten der

Krankenversicherung

Pflegeversicherung

gegenüber der AOK Hessen und/oder gegenüber der Pflegekasse bei der AOK Hessen zu vertreten.

Vollmachtnehmer/-in bzw. bevollmächtigte Person

Geschlecht: weiblich männlich divers unbestimmt

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon:* _____

Versichertennummer:* _____

Soll Schriftverkehr erhalten: Ja¹

¹Nur ankreuzen, wenn **diese Person ab jetzt** auch den Schriftverkehr (Briefe, Dokumente etc.) bekommen soll.

Falls Sie mehrere Personen bevollmächtigen möchten oder schon bevollmächtigt haben: Der Schriftverkehr kann nur an eine Person geschickt werden. Dabei wird die zuletzt genannte Person berücksichtigt.

Datum

Unterschrift: Vollmachtgeber/-in

* Die mit * gekennzeichnete Angabe ist freiwillig. Sie ermöglicht uns die schnelle Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu allen Belangen der Kranken- und Pflegeversicherung.