

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Geburtsdatum

KV-Nummer



AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
64520 Groß-Gerau

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Herrn/Frau:

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Unterschrift:

.....
Unterschrift des/der Bevollmächtigten

mich in allen Angelegenheiten

der Pflegeversicherung

der Krankenversicherung

zu vertreten.

Diese Vollmacht umfasst nicht den Schriftwechsel*.

.....
Datum

.....
Unterschrift der Versicherten

*) Bitte beachten Sie, dass bei mehreren Bevollmächtigten nur eine Person für den Schriftwechsel berücksichtigt werden kann.