

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 den Schriftverkehr.**

Datum*

Unterschrift der Versicherten*

* Pflichtfeld

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