

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

Vollmacht - Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -

Unser Zeichen: _____

Vollmachtgeber/in:

Name Vorname

Geburtsdatum: _____

Vollständige Adresse: _____
Strasse

PLZ, Ort

Telefon: _____ Telefax: _____

Ich ermächtige

Frau Herrn

Bevollmächtigte Person: _____
Name Vorname

Geburtsdatum: _____

Verwandtschaft: Ja Nein Grad: _____

Vollständige Adresse: _____
Strasse

PLZ, Ort

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Angaben zur Art der Vollmacht

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten gegenüber der mhplus **Auskünfte** erhalten:

Ja Nein

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten gegenüber der mhplus **Auskünfte** erhalten und **für mich handeln** (z. B. Anträge stellen):

Ja Nein

Der gesamte Schriftverkehr soll ab sofort:

- weiterhin nur an mich gehen.
- stellvertretend an die bevollmächtigte Person gehen. Ich erhalte **keine Post** mehr von der mhplus.

Wenn Sie beabsichtigen mehrere Personen zu bevollmächtigen:

An wen? _____

Bitte beachten Sie, dass wir die Post nur an eine bevollmächtigte Person senden können

Dauer der Vollmacht:

Diese Vollmacht gilt für den Sachverhalt: _____

Diese Vollmacht ist befristet bis zum: _____

Diese Vollmacht gilt unbefristet, bis auf Widerruf, auch über den Tod hinaus.

Datum

X

Unterschrift Vollmachtgeber

X

Unterschrift Vollmachtnehmer

