

Bitte senden an:

Telefonische Erreichbarkeit:  
040 32532555

## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,	
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Versicherten-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>

folgende Person (Vollmachtnehmer/in)		
Herr	Frau	Divers
Name, Vorname	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Anschrift	ggf. DAK Versicherten-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail-Adresse	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

meine Interessen in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit meiner Kranken- und Pflegeversicherung bei der DAK-Gesundheit wahrzunehmen.  
Das bedeutet, dass die bevollmächtigte Person Auskünfte erhält, Anträge stellen und Erklärungen abgeben darf.

Der gesamte Schriftverkehr soll ab sofort:

weiterhin nur an mich gehen.

stellvertretend an die bevollmächtigte Person gehen.

Ich erhalte keine Post mehr von der DAK-Gesundheit.

Diese Vollmacht gilt ab sofort und kann jederzeit durch mich schriftlich geändert, widerrufen oder durch die bevollmächtigte Person zurückgegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift