

**BKK VerbundPlus**  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

BKK  
PFLEGE  
VERSICHERUNG

E-Mail: [info@bkkvp.de](mailto:info@bkkvp.de)  
Haben Sie Fragen?  
Servicehotline: **0800 2 234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Hiermit bevollmächtige ich

Name des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin	Vorname des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	

## Frau/Herrn

Name des/der Bevollmächtigten	Vorname des/der Bevollmächtigten
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	
Telefon*	Email*

\*Die Angabe von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig.

## mich gegenüber der BKK VerbundPlus und der Pflegekasse der BKK VerbundPlus zu vertreten.

Bitte senden Sie zukünftige Post  
weiterhin an mich  an meine/n Bevollmächtigte/n.

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

## Die Vollmacht ist bis zu meinem Widerruf gültig.

Ort	Datum	Unterschrift Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin
-----	-------	--