
Vorname, Name der/des Versicherten

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum der/des Versicherten

KV-Nummer der/des Versicherten



AGIDA
Die Direkte der AOK Hessen
Postfach 1127
65001 Wiesbaden

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Herrn/Frau

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefonnummer

Geburtsdatum

Unterschrift der/des Bevollmächtigten

mich in allen Angelegenheiten

- der Pflegeversicherung
- der Krankenversicherung

zu vertreten.

- Diese Vollmacht umfasst nicht den Schriftwechsel*.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

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