DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung
Zweigniederlassung
der AXA Krankenversicherung AG
65172 Wiesbaden

Versicherungsnummer

VOLLMACHT

Vollmachtgeber/in: Name, ----------

Vorname ----------

Ich bevollmächtige hiermit (Bevollmächtigte/r):

Name, Vorname ----------

Geburtsdatum ----------

Straße, Haus-Nr. ----------

PLZ, Wohnort ----------

Telefon ----------

(Bitte entsprechendes ankreuzen!)

[ ] Auskünfte zu meinem oben genannten Vertrag einschließlich der Leistungsabrechnungen anzufordern;

– UND/ODER -

[ ] rechtsverbindliche Willenserklärungen zum Vertrag sowie im Zusammenhang mit der Leistungsbearbeitung und dem Zahlungsverkehr abzugeben bzw. entgegenzunehmen;

– UND/ODER –

[ ] den gesamten Schriftwechsel zu führen und entgegenzunehmen (in diesem Fall werden wir den gesamten Schriftwechsel ab sofort und ausschließlich mit der/dem Bevollmächtigten führen. Es werden dann keine neuen Unterlagen in den online Portalen (MGS / MyAXA) eingestellt.

Soweit im Rahmen der erteilten Vollmacht erforderlich bin ich mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, an die/den Bevollmächtigten einverstanden. Zu diesem Zeitpunkt entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Der Vollmachtgeber kann die Vollmacht jederzeit widerrufen. Der Widerruf bedarf der Schriftform und ist zu richten an:
DBV Krankenversicherung, Frankfurter Str.50, 65172 Wiesbaden

Die Vollmacht gilt über den Tod der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers hinaus. Ihre/seine Erben können sie widerrufen.

Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum Unterschrift der/des Bevollmächtigten

Dok 10466

VN055 10.06.2020