



DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung
65172 Wiesbaden

Absender:

Tel.: _____

Fax : _____

Versicherungs-Nummer:

V O L L M A C H T

Vollmachtgeber/in:

Name, Vorname _____

Ich bevollmächtige hiermit (Bevollmächtigte/r):

Name, Vorname _____ geb.: _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

[] Auskünfte zum Vertrag einschließlich der Leistungsabrechnungen anzu-
fordern; insoweit ist von der Schweigepflicht entbunden:

AXA Krankenversicherung AG

- UND/ODER -

[] rechtsverbindliche Willenserklärungen zum Vertrag sowie im Zusammen-
hang mit der Leistungsbearbeitung und dem Zahlungsverkehr abzugeben/
entgegenzunehmen;

Versicherungs-Nummer: _____

Seite 2

- ODER (Gesamtvollmacht)

- [] - Auskünfte zum Vertrag einschließlich der Leistungsabrechnungen anzufordern; insoweit ist von der Schweigepflicht entbunden:
AXA Krankenversicherung AG
- rechtsverbindliche Willenserklärungen zum Vertrag sowie im Zusammenhang mit der Leistungsbearbeitung und mit dem Zahlungsverkehr abzugeben bzw. entgegenzunehmen und
 - den gesamten Schriftwechsel zu führen und entgegenzunehmen.
(In diesem Fall werden wir den gesamten Schriftwechsel ab sofort und ausschließlich an den/die Bevollmächtigte/n adressieren).

Der Vollmachtgeber kann die Vollmacht jederzeit widerrufen. Der Widerruf bedarf der Schriftform und ist zu richten an:

AXA Krankenversicherung AG , 50592 Köln

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

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin
bzw. des Vollmachtgebers

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift der bzw. des
Bevollmächtigten