



AXA Krankenversicherung AG  
50592 Köln

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