

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:



Deutsche Post   
ANTWORT

Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg

## Vollmacht

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

### Angaben zur bevollmächtigten Person

weiblich       männlich       divers

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ      Ort

Telefon, freiwillige Angabe

### Beginn der Vollmacht

Die Vollmacht gilt  sofort.  ab dem  Tag  Monat  Jahr  
ab dem Tag, an dem die Vollmacht bei uns eingeht

**Wichtig:** Die Vollmacht ist wirksam, bis Sie sie **schriftlich** widerrufen. Sie bleibt grundsätzlich auch nach Ihrem Tod wirksam. Nur Ihre Rechtsnachfolgerin bzw. Ihr Rechtsnachfolger kann dann die Vollmacht widerrufen. Wenn Sie das nicht wollen, kreuzen Sie einfach die folgende Aussage an.

Die Vollmacht gilt nur zu Lebzeiten.

502840644604



