

VOLLMACHT FÜR DIE KRANKENKASSE

1. Vollmachtgeber/in

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

2. Bevollmächtigte Person

Hiermit bevollmächtige ich:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Verhältnis zu mir:

mich gegenüber meiner oben genannten Krankenkasse im nachfolgend festgelegten Umfang zu vertreten.

3. Umfang der Vollmacht

Die bevollmächtigte Person darf:

- ☐ allgemeine Auskünfte zu meiner Mitgliedschaft einholen
- ☐ Auskünfte zum Versicherungsstatus einholen
- ☐ Anträge für mich einreichen
- ☐ Unterlagen nachreichen
- ☐ Schreiben und Bescheide entgegennehmen
- ☐ Kopien von Unterlagen anfordern und entgegennehmen
- ☐ Auskünfte zum Bearbeitungsstand einholen
- ☐ Erstattungsanträge stellen
- ☐ Fragen zu Beiträgen klären
- ☐ Fragen zu Leistungen klären
- ☐ Fragen zu Zuzahlungen und Befreiungen klären
- ☐ Angelegenheiten im Zusammenhang mit Krankengeld klären
- ☐ Angelegenheiten im Zusammenhang mit Pflegeleistungen klären
- ☐ Widersprüche einreichen oder im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens handeln
- ☐ Akteneinsicht beantragen beziehungsweise Unterlagen anfordern
- ☐ Termine und Rückfragen mit der Krankenkasse abstimmen
- ☐ Bankverbindungen für Erstattungen mitteilen oder ändern
- ☐ sonstige Angelegenheiten erledigen:

4. Beschränkung auf bestimmte Angelegenheit

- ☐ Die Vollmacht gilt für alle oben ausgewählten Angelegenheiten.

- ☐ Die Vollmacht gilt ausschließlich für folgende Angelegenheit:

Aktenzeichen / Vorgangsnummer, falls vorhanden:

5. Auskunft und Weitergabe von Sozialdaten

Soweit dies zur Durchführung der von dieser Vollmacht erfassten Angelegenheiten erforderlich ist, darf meine Krankenkasse der bevollmächtigten Person die hierfür erforderlichen Informationen und Unterlagen zugänglich machen.

Dies umfasst nach meiner Auswahl:

- ☐ Mitgliedschafts- und Versicherungsdaten
- ☐ Beitragsinformationen
- ☐ Leistungsinformationen
- ☐ Bescheide und Schreiben
- ☐ Angaben zum Bearbeitungsstand
- ☐ Abrechnungs- und Erstattungsinformationen
- ☐ Krankengeldangelegenheiten
- ☐ Pflegeversicherungsangelegenheiten
- ☐ sonstige Sozialdaten:

6. Besonders sensible medizinische Informationen

- ☐ Die bevollmächtigte Person darf auch Informationen erhalten, soweit diese Gesundheits- oder Behandlungsdaten enthalten und dies für die ausgewählten Angelegenheiten erforderlich ist.
- ☐ Medizinische beziehungsweise gesundheitsbezogene Informationen sollen von dieser Vollmacht nicht umfasst sein, soweit sie für die Bearbeitung nicht zwingend erforderlich sind.
- ☐ Folgende Einschränkung gilt:

7. Entgegennahme von Schreiben

- ☐ Die bevollmächtigte Person darf Schreiben und Bescheide für mich entgegennehmen.
- ☐ Schreiben und Bescheide sollen weiterhin ausschließlich an mich gesendet werden.
- ☐ Schreiben sollen zusätzlich an die bevollmächtigte Person gesendet werden.

Abweichende Versandanschrift:

8. Erteilung von Untervollmacht

- ☐ Die bevollmächtigte Person darf keine Untervollmacht erteilen.
- ☐ Die bevollmächtigte Person darf Untervollmacht erteilen.
- ☐ Nur mit meiner vorherigen Zustimmung.

9. Gültigkeitsdauer

Diese Vollmacht gilt:

- ☐ ab sofort bis zu meinem Widerruf.
- ☐ nur für den oben bezeichneten Vorgang.
- ☐ bis zum:

- ☐ für folgenden Zeitraum:

von _____

bis _____

10. Widerruf

Ich kann diese Vollmacht jederzeit widerrufen.

Der Widerruf soll der Krankenkasse mitgeteilt werden, damit er dort für die weitere Bearbeitung berücksichtigt werden kann.

11. Zusätzliche Einschränkungen oder Wünsche

12. Erklärung

Ich bevollmächtige die oben genannte Person im angegebenen Umfang zur Vertretung gegenüber meiner Krankenkasse.

Die bevollmächtigte Person darf die in dieser Vollmacht ausgewählten Handlungen für mich vornehmen und die dafür erforderlichen Informationen erhalten.

Ort:

Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber/in:

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben:

13. Optional: Unterschrift der bevollmächtigten Person

Unterschrift:

Vor- und Nachname: