

## Ich, Vollmachtgeber\*in

<input type="text" value="Name"/>	<input type="text" value="Adresse"/>
<input type="text" value="Vorname"/>	<input type="text" value="PLZ/Ort"/>
<input type="text" value="Krankenversicherungsnummer"/>	<input type="text" value="Telefonnummer"/>
<input type="text" value="Geburtsdatum"/>	<input type="text" value="E-Mail Adresse"/>

## erteile hiermit Vollmacht an die bevollmächtigte Person

<input type="text" value="Name"/>	<input type="text" value="Adresse"/>
<input type="text" value="Vorname"/>	<input type="text" value="PLZ/Ort"/>
<input type="text" value="Krankenversicherungsnummer"/>	<input type="text" value="Telefonnummer"/>
<input type="text" value="Geburtsdatum"/>	<input type="text" value="E-Mail Adresse"/>

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

## 1. Pflegeversicherung und Leistungsangelegenheiten

(Hilfsmittel, Heilmittel, Sachmittel, etc.)

Auskünfte über Pflege- und Leistungsangelegenheiten erhalten und erteilen.  ja  nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.  ja  nein

In meinem Namen Anträge für die Pflegeversicherung und andere Leistungsangelegenheiten stellen.  ja  nein

Die Vollmachtnehmerin/der Vollmachtnehmer ist berechtigt Pflegegeld zu erhalten und zu verwalten.  ja  nein

## 2. Versicherungs- und Beitragsangelegenheiten

Die Vollmachtnehmerin/der Vollmachtnehmer darf:

Auskünfte über Versicherungs- und Beitragsangelegenheiten erhalten und erteilen.  ja  nein

Im Falle von Beitragsrückständen, Ratenzahlungen etc. vereinbaren.  ja  nein

## 3. Geltung der Vollmacht

(Wichtig: Eine der möglichen Vorgaben muss mit „Ja“ angekreuzt werden.)

Die Vollmachtnehmerin/der Vollmachtnehmer darf:

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.  ja  nein

Wird befristet bis:   ja  nein

## 4. Sonstiges

Die Vollmachtnehmerin/der Vollmachtnehmer darf in meinem Namen Stammdatenänderungen (Wohnortwechsel; Telefonnummer und so weiter) gemäß der EU DSGVO (Europäische Datenschutzgrundverordnung) vornehmen.  ja  nein

Darf in meinem Namen Widerspruch in allen Versicherungs- und Leistungsangelegenheiten einlegen.  ja  nein

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 SGB V erhoben und verarbeitet. Ohne die erforderlichen Daten kann keine Vollmacht erteilt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.bkk-wf.de/datenschutz](http://www.bkk-wf.de/datenschutz).

### Unterschrift Vollmachtgeber\*in



Ort/Datum

✕  
Unterschrift Vollmachtgeber\*in

### Unterschrift Vollmachtnehmer\*in

Ort/Datum

✕  
Unterschrift Vollmachtnehmer\*in