

Ich, Vollmachtgeber / in

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	
Telefon, Telefax, E-Mail	

erteile hiermit Vollmacht an die bevollmächtigte Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	
Telefon, Telefax, E-Mail	

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.)

Die Vollmachtnehmerin / der Vollmachtnehmer darf:	
Auskünfte über eine Pflege- und Leistungsangelegenheiten erhalten und erteilen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In meinem Namen Anträge für die Pflegeversicherung und andere Leistungsangelegenheiten stellen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Vollmachtnehmerin / der Vollmachtnehmer ist berechtigt Pflegegeld zu erhalten und zu verwalten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. VERSICHERUNGS- UND BEITRAGSANGELEGENHEITEN

Die Vollmachtnehmerin / der Vollmachtnehmer darf:	
Auskünfte über eine Versicherungs- und Beitragsangelegenheiten erhalten und erteilen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Im Falle von Beitragsrückständen, Ratenzahlungen etc. vereinbaren.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird befristet bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. SONSTIGES

Die Vollmachtnehmerin / der Vollmachtnehmer darf in meinem Namen Stammdatenänderungen (Wohnortwechsel; Telefonnummer etc.) gem. der EU DSGVO (Europäische Datenschutzgrundverordnung) vornehmen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Darf in meinem Namen Widerspruch in allen Versicherungs- und Leistungsangelegenheiten einlegen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.

UNTERSCHRIFT VOLLMACHTGEBER / IN

Ort/Datum	Unterschrift



UNTERSCHRIFT VOLLMACHTNEHMER / IN

Ort/Datum	Unterschrift