

*) Diese Angaben sind freiwillig und dienen einer effektiveren Kommunikation. Es hat keine nachteiligen Folgen, wenn Sie keine Angaben machen.

BARMER



Absender

BARMER
42230 Wuppertal

Vollmacht

Ihr Schreiben vom:
Versichertennummer:

Hiermit bevollmächtige ich

[Grid for name]

geb. am

[Grid for birth date]

Versichertennummer

[Grid for insurance number]

Frau Herrn Person

[Grid for name]

Name

[Grid for first name]

Vorname

[Grid for street]

Straße

[Grid for postal code]

Postleitzahl

[Grid for location]

Ort

[Grid for phone number]

Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

Auskünfte in allen Belangen meiner Kranken- und Pflegeversicherung bei der BARMER erhalten zu dürfen und Einsicht in sämtliche Sozial- und Gesundheitsdaten nehmen zu können.

Anträge zu stellen und **Erklärungen** abzugeben. Die Vollmacht umfasst die Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber der BARMER.

Nein Ja

Anträge zu stellen und Erklärungen abzugeben. **Zusätzlich soll der gesamte Schriftverkehr an die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten gehen.** Die Vollmacht umfasst die Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber der BARMER.

Nein Ja

In der Vergangenheit gegenüber der BARMER erteilte Vollmachten erlöschen hiermit.

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Ich entbinde die Kranken- und Pflegekasse der BARMER von ihrer Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person.

Diese Vollmacht gilt ab [Grid] ggf. bis [Grid]
(nur nutzen, wenn Vollmacht befristet sein soll)

Ich kann die Vollmacht jederzeit widerrufen. Sie gilt dann bis zu meinem Widerruf.

[Grid for signature date]

Datum der Unterschrift

_____ Unterschrift Vollmachtgeber(in)

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammernd oder geheftet zurück.