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

BARMER

Absender

BARMER
42230 Wuppertal

Ihr Schreiben vom:
Versichertennummer:

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

geb. am
__ __ . __ __ . __ __ __ __

Versichertennummer

☐ Frau ☐ Herrn ☐ Person

Name

Vorname

__ __ . __ __ . __ __ __ __
Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl Ort

Telefon-Nr.*)

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

☐ Zusätzlich soll der **gesamte Schriftverkehr** an die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten gehen. Die Vollmacht umfasst außerdem das Stellen von Anträgen, die Abgabe und das Entgegennehmen von Erklärungen, sowie die Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber der BARMER.

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

☐ Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus

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

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

__ __ . __ __ . __ __ __ __
Datum der Unterschrift

Unterschrift Vollmachtgeber(in)

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

12025 V1 06/20