*) 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
. .
Versicherungsnummer

☐ Frau ☐ Herrn

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.

☐ Meine Bevollmächtigte/mein Bevollmächtigter soll mich zusätzlich in **sämtlichen Angelegenheiten** der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber der BARMER vertreten. Diese Vollmacht umfasst unter anderem den Erhalt des gesamten Schriftverkehrs, das Stellen von Anträgen, die Abgabe und das Entgegennehmen von Erklärungen sowie die Einholung von Auskünften und die Einsicht in Sozial- und Gesundheitsdaten.

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

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