

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 DS-GVO zu den sich aus der Vollmacht ergebenden Zwecken. Die BARMER speichert die Vollmacht bis 6 Jahre nach ihrem Erlöschen, es sei denn, dass aufgrund der für das jeweilige Thema vorgesehenen Aufbewahrungsfristen eine längere Speicherung notwendig ist. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

BARMER



Absender

BARMER
42230 Wuppertal

Ihr Schreiben vom
Versichertennummer

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

____ . ____ . ____

Geburtsdatum

Versichertennummer

Frau Herrn Person

Name

Vorname

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

Auskünfte in allen Belangen meiner Kranken- und Pflegeversicherung bei der BARMER zu erhalten 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 Krankenkasse 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)

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.