

Hinweise zu Ihrer Vollmacht

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen die folgenden Hinweise:

- Mit der Vollmacht regeln Sie, dass Sie in allen Angelegenheiten mit uns (der Kranken- und Pflegekasse DAK-Gesundheit) durch eine andere Person vertreten werden. Das heißt auch, dass wir unsere Schreiben direkt an diese Person schicken.
- Für die Form der Vollmacht gibt es keine Vorschriften. Wir empfehlen Ihnen jedoch, eine Vollmacht nicht nur mündlich, sondern immer schriftlich zu erteilen. So können Sie und alle anderen Beteiligten immer klar nachweisen, wer Sie vertreten darf.
- Unsere Vollmacht ist ein Vorschlag. Sie können den Vordruck bei Bedarf gerne ergänzen oder abändern.
- Die Vollmacht ist mit Ihrer Unterschrift gültig. Sie bleibt so lange wirksam, bis Sie sie widerrufen. Wenn Sie dies tun, fordern Sie die Vollmacht bitte von uns zurück.
- Sie möchten die Vollmacht nur vorsorglich erteilen? Dann schicken Sie uns den Vordruck bitte noch nicht zurück. Am besten füllen Sie die Vollmacht aus und geben Sie sie der bevollmächtigten Person – oder Sie vereinbaren gemeinsam einen Aufbewahrungsort. Wenn es in Zukunft dann notwendig werden sollte, kann uns diese Person die Vollmacht schicken.

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an. Alternativ erreichen Sie uns auch im Rahmen unserer Online-Beratung per Chat unter www.dak.de/chat (Montag bis Freitag von 8-20 Uhr). Oder Sie besuchen uns in einem unserer Servicezentren.

Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Freundliche Grüße
Ihre DAK-Gesundheit

Bitte senden an:

Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555

VOLLMACHT

zur Wahrnehmung der Interessen der Beteiligten für alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Krankenkasse der DAK-Gesundheit und der DAK-Gesundheit-Pflegekasse

§ 13 SGB X ermöglicht es, dass sich jede(r) Beteiligte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch eine(n) Bevollmächtigte(n) vertreten lassen kann. Bevollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person, solange sie nicht geschäftsmäßig fremde Rechtsangelegenheiten besorgt, ohne Rechtsanwalt zu sein.

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Anschrift

KVNR/BNR

die/den Bevollmächtigte/n

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

die Interessen der Beteiligten für alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Krankenkasse der DAK-Gesundheit und der DAK-Gesundheit-Pflegekasse wahrzunehmen.

Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf durch die Beteiligte oder Rückgabe der Vollmacht durch den Bevollmächtigten / die Bevollmächtigte.

Ich erteile die Vollmacht:

Ort, Datum

Unterschrift

(ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer)