

Vollmacht

Hiermit erteile ich,

Vorname, Name

Versichertennummer

Adresse

Telefonnummer*

Frau Herr

Vorname Name des Bevollmächtigten

Geb.-Dat. d. Bevollmächtigten

Adresse des Bevollmächtigten

Telefon-Nr. d. Bevollmächtigten*

die Vollmacht, mich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse und gegenüber der bei ihr eingerichteten Pflegekasse zu vertreten.

Diese Vollmacht umfasst

1. die Vertretung in (bitte gewünschten Bevollmächtigungsumfang auswählen und ankreuzen)
 allen die Kranken- und Pflegeversicherung betreffenden Angelegenheiten.
 allen die Krankenversicherung betreffenden Angelegenheiten.
 allen die Pflegeversicherung betreffenden Angelegenheiten.
2. die Begründung und Aufhebung von Versicherungs- und Vertragsverhältnissen.
3. die Abgabe und Entgegennahme von einseitigen Willenserklärungen (z. B. Leistungsanträgen) in Zusammenhang mit den oben genannten Angelegenheiten.
4. die Empfangnahme meiner Post und die Befugnis diese zu öffnen sowie Zustellungen zu bewirken und entgegenzunehmen.
5. die Empfangnahme von Urkunden sowie Geld und Geldleistungen und die Verfügung darüber ohne die Beschränkung des § 181 BGB.
6. die Befugnis im Widerspruchsverfahren Anträge zu stellen, Rechtsmittel einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten und Rechtsstreitigkeiten oder außergerichtliche Verhandlungen durch Vergleich, Verzicht oder Anerkenntnis zu erledigen.

Die Vollmacht gilt (bitte gewünschte Dauer der Bevollmächtigung auswählen und ankreuzen)

uneingeschränkt bis auf deren Widerruf bis zum Tod.

uneingeschränkt bis auf deren Widerruf und über den Tod hinaus.

für nachfolgende Aufgabe/-n:

bis zum _____.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten



Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Kranken-/Pflegeversicherung sowie zu vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.