

AOK NordWest  
Die Gesundheitskasse.  
58079 Hagen

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Vollmacht

Hiermit erteile ich  Frau  Herrn

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer dienstlich \*

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer privat \*

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

die Vollmacht, mich in den Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung bei der AOK NordWest und der bei ihr eingerichteten Pflegekasse zu vertreten. Die Vollmacht gilt für das Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren und ermächtigt zu allen Verfahrenshandlungen. Insbesondere umfasst sie die Befugnis, Anträge zu stellen, zu verfolgen, Rechtsmittel einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten. Diese Vollmacht gilt für alle zukünftigen die AOK NordWest betreffenden Sachverhalte.

Evtl. in der Vergangenheit erteilte Vollmachten erlöschen hiermit.

Schriftverkehr in den von der Vollmacht umfassten Angelegenheiten soll ausschließlich mit der/dem Bevollmächtigten unter der genannten Anschrift geführt werden.

Diese Vollmacht gilt nur für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

Abweichend von der vorstehenden Regelung gilt diese Vollmacht nur für den folgenden Sachverhalt \_\_\_\_\_

Diese Vollmacht kann jederzeit bei der AOK NordWest mündlich, schriftlich oder zur Niederschrift widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Versichertenunterschrift

\* Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.