

Vollmacht für die Krankenkasse

Vorlage zur Vertretung in Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung

Kurz erklärt: Mit dieser Vorlage können Sie eine Vertrauensperson umfassend oder nur für einzelne Themen bevollmächtigen. Kreuzen Sie nur die Befugnisse an, die tatsächlich erteilt werden sollen. Eine Krankenkasse kann für bestimmte Vorgänge ein eigenes Formular oder einen zusätzlichen Nachweis verlangen.

1 Angaben zur vollmachtgebenden Person

Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
Versichertennummer (KVNR)	Telefon / E-Mail (freiwillig)
Krankenkasse	Zugehörige Pflegekasse (falls relevant)

2 Angaben zur bevollmächtigten Person

Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
Telefon	E-Mail (freiwillig)

3 Art und Umfang der Vollmacht

Bitte eine Grundvariante wählen. Einzelne Befugnisse können anschließend zusätzlich begrenzt werden.

- ☐ **Auskunftsvollmacht** – die bevollmächtigte Person darf Auskünfte erhalten und den Bearbeitungsstand meiner Angelegenheiten erfragen.
- ☐ **Vertretungsvollmacht** – die bevollmächtigte Person darf mich in allen Angelegenheiten meiner Kranken- und Pflegeversicherung vertreten, soweit nachfolgend nichts ausgeschlossen oder eingeschränkt ist.
- ☐ **Einzelvollmacht** – die Vollmacht gilt ausschließlich für den nachfolgend bezeichneten Vorgang oder Themenbereich.

Vorgang / Themenbereich / Aktenzeichen bei Einzelvollmacht

4 Befugnisse im Einzelnen

Die folgenden Punkte machen den Umfang transparent. Nicht benötigte Rechte können unmarkiert bleiben.

- ☐ **Auskünfte und Daten** – Auskünfte zu Mitgliedschaft, Beiträgen, Leistungen und laufenden Vorgängen einholen sowie Sozial- und Gesundheitsdaten einsehen, soweit dies für die Bevollmächtigung erforderlich ist.
- ☐ **Anträge und Unterlagen** – Anträge stellen, Unterlagen einreichen, nachreichen oder entgegennehmen und Bescheinigungen anfordern.
- ☐ **Erklärungen und Bescheide** – Erklärungen abgeben sowie Bescheide, Schreiben und sonstige Mitteilungen entgegennehmen.
- ☐ **Akteneinsicht** – Akteneinsicht beantragen und Kopien oder Auszüge aus Verfahrensakten erhalten.
- ☐ **Widerspruch** – Widersprüche einlegen, begründen und im Widerspruchsverfahren Erklärungen abgeben.
- ☐ **Kommunikation** – Telefonisch, schriftlich und über zulässige digitale Kommunikationswege mit der Kranken- oder Pflegekasse kommunizieren.

Individuelle Einschränkungen / ausdrücklich ausgeschlossene Themen

5 Schriftverkehr, sensible Änderungen und zusätzliche Befugnisse

- ☐ Der gesamte Schriftverkehr soll weiterhin an mich als vollmachtgebende Person gehen.
- ☐ Der gesamte Schriftverkehr darf stattdessen an die bevollmächtigte Person gesendet werden.

Ohne ausdrückliche Auswahl sind folgende besonders sensible Handlungen nicht umfasst:

- ☐ Änderung meiner Bankverbindung oder anderer Zahlungsdaten zulassen.
- ☐ Geldleistungen oder Erstattungen für mich entgegennehmen.
- ☐ Meine Mitgliedschaft kündigen, einen Kassenwechsel erklären oder eine Wahlerklärung zur Mitgliedschaft abgeben.
- ☐ Untervollmacht an eine weitere Person erteilen.

6 Geltungsdauer und bestehende Vollmachten

- ☐ Die Vollmacht gilt ab Unterzeichnung und bis zu meinem Widerruf.
- ☐ Die Vollmacht gilt ab dem unten eingetragenen Datum und endet am unten eingetragenen Datum.

Beginn (Datum)

Ende (Datum)

--	--

- ☐ Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.
- ☐ Die Vollmacht endet mit meinem Tod.
- ☐ Früher erteilte Vollmachten gegenüber dieser Kranken-/Pflegekasse bleiben bestehen.
- ☐ Früher erteilte Vollmachten gegenüber dieser Kranken-/Pflegekasse sollen mit Eingang dieser Vollmacht widerrufen werden.

7 Erklärung und Unterschrift

Ich erteile diese Vollmacht freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich sie gegenüber der Kranken- bzw. Pflegekasse jederzeit für die Zukunft widerrufen oder einschränken kann. Die bevollmächtigte Person darf die zur Ausübung der gewählten Befugnisse erforderlichen Auskünfte und Unterlagen erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person