

Vollmacht für die Krankenkasse

Vorlage für Kranken- und Pflegeversicherungsangelegenheiten

Wofür diese Vorlage gedacht ist: Mit dieser Vollmacht können Sie eine Vertrauensperson gezielt für Auskünfte, Anträge, Erklärungen, Akteneinsicht, Rechtsbehelfe und – falls gewünscht – den Schriftverkehr mit Ihrer Kranken- oder Pflegekasse bevollmächtigen. Kreuzen Sie nur die Befugnisse an, die Sie tatsächlich übertragen möchten.

1. Angaben zur vollmachtgebenden Person

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

Krankenkasse / Pflegekasse

2. Bevollmächtigte Person

Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Verhältnis zur vollmachtgebenden Person (optional)
Telefon (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)

3. Geltungsbereich der Vollmacht

Versicherungsbereich

- ☐ Krankenversicherung
☐ Pflegeversicherung
☐ Kranken- und Pflegeversicherung

Umfang

- ☐ für alle Angelegenheiten im gewählten Bereich
☐ nur für folgende Angelegenheit / folgendes Verfahren:
 Thema, Antrag, Aktenzeichen oder Zeitraum

4. Art und Tiefe der Bevollmächtigung

Auswahlhilfe: Wählen Sie die Stufe, die Ihrem Bedarf am besten entspricht. Einzelne Befugnisse können Sie im nächsten Abschnitt zusätzlich ein- oder ausschließen.

☐ Auskunftsvollmacht	Die bevollmächtigte Person darf Auskünfte erhalten und Unterlagen einsehen, aber nicht eigenständig Anträge oder rechtsverbindliche Erklärungen in Ihrem Namen abgeben.
☐ Vertretungsvollmacht	Zusätzlich darf die bevollmächtigte Person im gewählten Umfang handeln, insbesondere Anträge stellen und Erklärungen abgeben oder entgegennehmen.
☐ Vertretung einschließlich Schriftverkehr	Wie vorstehend; zusätzlich soll der laufende Schriftverkehr im ausgewählten Umfang an die bevollmächtigte Person gerichtet werden.

5. Konkrete Befugnisse

Auskünfte & Unterlagen

- ☐ mündliche und schriftliche Auskünfte erhalten
- ☐ Sozialdaten und – soweit erforderlich – Gesundheitsdaten einsehen
- ☐ Akteneinsicht nehmen und Kopien / Bescheinigungen anfordern
- ☐ Auskunft zum Bearbeitungsstand von Anträgen und Leistungen erhalten

Anträge & Erklärungen

- ☐ Anträge einreichen, ergänzen, ändern oder zurücknehmen
- ☐ Erklärungen abgeben und Mitteilungen entgegennehmen
- ☐ Nachweise und Unterlagen einreichen oder anfordern
- ☐ Bescheide und sonstige Schreiben entgegennehmen

Rechtsbehelfe & Verfahren

- ☐ Widersprüche einlegen, begründen oder zurücknehmen
- ☐ Anhörungen beantworten und Stellungnahmen abgeben
- ☐ Klageverfahren führen *nur auswählen, wenn ausdrücklich gewünscht*

Besonders sensible Änderungen

- ☐ Anschrift, Telefon oder E-Mail ändern
- ☐ Bankverbindung / Zahlungsdaten ändern
- ☐ Leistungszahlungen für mich entgegennehmen *Kasse kann Zusatzvollmacht verlangen*
- ☐ Mitgliedschaft kündigen oder einen Kassenwechsel erklären
- ☐ Untervollmacht an eine weitere Person erteilen

6. Grenzen und Ausschlüsse

Nicht umfasst, sofern oben nicht ausdrücklich ausgewählt: medizinische Behandlungsentscheidungen, Einwilligungen in ärztliche Eingriffe, eine Patientenverfügung oder sonstige Entscheidungen, die eine gesonderte Gesundheits- oder Vorsorgevollmacht erfordern können.

Weitere Einschränkungen / ausdrücklich ausgeschlossene Themen

7. Schriftverkehr

- ☐ Der Schriftverkehr soll weiterhin an mich gehen.
- ☐ Der Schriftverkehr soll – soweit von der Krankenkasse vorgesehen – an die bevollmächtigte Person gehen.
- ☐ Soweit möglich, wünsche ich zusätzlich eine Kopie an mich.

8. Datenschutz und Auskunftsbefugnis

Ich gestatte meiner Kranken- und/oder Pflegekasse, der bevollmächtigten Person im Rahmen dieser Vollmacht die zur Wahrnehmung der ausgewählten Befugnisse erforderlichen Informationen zu erteilen und Unterlagen zugänglich zu machen. Dies umfasst Sozialdaten und, soweit für das betreffende Anliegen erforderlich, Gesundheitsdaten. Die Krankenkasse wird insoweit von ihrer Verschwiegenheitspflicht gegenüber der bevollmächtigten Person entbunden.

9. Beginn, Dauer und Widerruf

Beginn

- ☐ mit Unterzeichnung / Eingang bei der Krankenkasse
☐ ab folgendem Datum:
Datum

Ende

- ☐ bis zum Widerruf
☐ am folgenden Datum:
Datum
☐ mit Abschluss der oben bezeichneten Angelegenheit

Nach dem Tod

- ☐ Die Vollmacht endet mit meinem Tod.
☐ Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten.

Bereits bestehende Vollmachten

- ☐ bleiben unberührt
☐ werden mit dieser Vollmacht widerrufen, soweit sie dieselbe Krankenkasse betreffen

Hinweis zum Widerruf: Die Vollmacht kann gegenüber der Krankenkasse grundsätzlich für die Zukunft widerrufen werden. Informieren Sie zusätzlich die bevollmächtigte Person und bewahren Sie eine Kopie des Widerrufs auf.

10. Erklärung und Unterschriften

Erklärung der vollmachtgebenden Person: Ich erteile diese Vollmacht freiwillig. Mir ist bewusst, dass die bevollmächtigte Person im ausgewählten Umfang Kenntnis von persönlichen Versicherungs-, Sozial- und gegebenenfalls Gesundheitsdaten erhalten und rechtsverbindliche Erklärungen für mich abgeben kann.

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

ggf. Name der gesetzlichen Vertretung / Betreuung

ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertretung / Betreuung

Optional – Kenntnisnahme durch die bevollmächtigte Person

Ich habe von der Vollmacht und ihrem Umfang Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person (optional)

✓ 11. Vor dem Einreichen kurz prüfen

- ☐ Versichertennummer eingetragen
☐ gewünschten Umfang eindeutig angekreuzt
☐ Einschränkungen geprüft
☐ Vollmacht unterschrieben

- ☐ Kopie für eigene Unterlagen erstellt
☐ Einreichungsweg der Krankenkasse geprüft
☐ zusätzliche Vollmacht für Zahlungen geprüft, falls relevant
☐ Identitätsnachweis nur beifügen, wenn die Krankenkasse ihn verlangt

Wichtiger Hinweis: Diese allgemeine Vorlage ersetzt keine individuelle Rechtsberatung. Krankenkassen können eigene Formulare, Identitätsprüfungen oder zusätzliche Erklärungen verlangen. Für medizinische Behandlungsentscheidungen ist diese Krankenkassenvollmacht nicht als Ersatz für eine Vorsorge- oder Gesundheitsvollmacht gedacht.