

Vollmacht für die Krankenkasse

Vorlage zur Erteilung einer Auskunftsvollmacht, Vertretungsvollmacht oder Einzelvollmacht gegenüber einer Krankenkasse.

So verwenden Sie die Vorlage

Zuerst die gewünschte Art der Vollmacht auswählen. Anschließend nur die Befugnisse ankreuzen, die tatsächlich benötigt werden. Nicht benötigte Bereiche können leer bleiben oder gestrichen werden.

01 ART DER VOLLMACHT

Eine Option auswählen. Bei einer Einzelvollmacht zusätzlich den konkreten Vorgang benennen.

☐ Auskunftsvollmacht

Die bevollmächtigte Person darf Auskünfte einholen und Informationen erhalten, aber keine Anträge oder rechtsverbindlichen Erklärungen in meinem Namen abgeben.

☐ Vertretungsvollmacht

Die bevollmächtigte Person darf mich innerhalb des unten festgelegten Umfangs gegenüber der Krankenkasse vertreten, Anträge stellen und Erklärungen abgeben.

☐ Einzelvollmacht

Die Vollmacht gilt ausschließlich für den konkret bezeichneten Vorgang oder das genannte Verfahren.

02 VOLLMACHTGEBENDE PERSON

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon (optional)

E-Mail (optional)

03 BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Verhältnis zur vollmachtgebenden Person (optional)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon (optional)

E-Mail (optional)

Umfang der Vollmacht

Die folgenden Punkte ermöglichen eine gezielte Begrenzung. Nur ankreuzen, was tatsächlich übertragen werden soll.

04 KRANKENKASSE UND KONKRETER VORGANG

Name der Krankenkasse	Geschäftsstelle / Anschrift (optional)
Aktenzeichen / Vorgangsnummer (falls vorhanden)	Betreff / Leistung / Verfahren

☐ **Die Vollmacht gilt auch gegenüber der zugehörigen Pflegekasse.** Nur ankreuzen, wenn dies ausdrücklich gewünscht ist.

☐ **Die Vollmacht gilt ausschließlich für den oben bezeichneten Vorgang.** Empfohlen bei einer Einzelvollmacht.

05 BEFUGNISSE

☐ **Auskünfte einholen und Informationen erhalten** einschließlich Status von Anträgen, Mitgliedschafts- und Leistungsfragen

☐ **Sozial- und Gesundheitsdaten einsehen bzw. erläutert bekommen** soweit dies für den festgelegten Zweck erforderlich ist

☐ **Akteneinsicht und Einsicht in gespeicherte Unterlagen verlangen**

☐ **Anträge stellen, ergänzen, ändern oder zurücknehmen**

☐ **Unterlagen, Nachweise und Erklärungen einreichen oder nachreichen**

☐ **Bescheide, Schreiben und sonstige Mitteilungen entgegennehmen**

☐ **Rechtsverbindliche Erklärungen gegenüber der Krankenkasse abgeben**

☐ **Widersprüche einlegen, begründen oder zurücknehmen** soweit gesetzlich zulässig

☐ **Rückfragen klären und an Telefonaten oder Besprechungen teilnehmen**

☐ **Angelegenheiten zu Mitgliedschaft, Beiträgen und Versicherungszeiten regeln**

☐ **Angelegenheiten zu Leistungen der Krankenversicherung regeln** z. B. Krankengeld, Hilfsmittel, Fahrtkosten oder Kostenerstattung

☐ **Sonstige Befugnisse:**

Freitext – zusätzliche oder abweichende Befugnisse

Geldleistungen und Bankverbindung

Diese Vorlage überträgt nicht automatisch das Recht, Geldleistungen für die vollmachtgebende Person entgegenzunehmen oder deren Bankverbindung zu ändern. Falls dies benötigt wird, sollte es ausdrücklich vereinbart und vorab mit der Krankenkasse geklärt werden.

Datenschutz, Post und Grenzen

Diese Seite regelt, welche Informationen offengelegt werden dürfen, wohin Schreiben gehen und welche Handlungen ausdrücklich ausgeschlossen sind.

06 DATENWEITERGABE UND SCHWEIGEPFLICHT

☐ Ich erlaube der Krankenkasse, der bevollmächtigten Person die zur Ausübung dieser Vollmacht erforderlichen Sozialdaten mitzuteilen.

☐ Soweit erforderlich, dürfen auch Gesundheitsdaten offengelegt und erläutert werden. Nur im Umfang der ausgewählten Befugnisse und des angegebenen Zwecks.

Abgrenzung

Diese Erklärung betrifft die Kommunikation mit der Krankenkasse. Sie ersetzt keine gesonderte Schweigepflichtentbindung gegenüber Ärztinnen und Ärzten, Kliniken, Therapeutinnen und Therapeuten oder anderen Leistungserbringern.

07 SCHRIFTVERKEHR

☐ Der Schriftverkehr soll weiterhin an mich gehen.

☐ Der Schriftverkehr soll an die bevollmächtigte Person gehen.

☐ Soweit organisatorisch möglich, sollen Mitteilungen zusätzlich an mich gehen.

Abweichende Zustellanschrift / besondere Hinweise zur Kommunikation

Hinweis: Einige Krankenkassen können aus organisatorischen Gründen nur eine Person als Empfänger des laufenden Schriftverkehrs hinterlegen.

08 EINSCHRÄNKUNGEN UND AUSSCHLÜSSE

☐ **Keine Untervollmacht** Die bevollmächtigte Person darf die Vollmacht nicht auf Dritte übertragen.

☐ **Keine Änderung meiner Bankverbindung**

☐ **Keine Entgegennahme von Geldleistungen in meinem Namen**

☐ **Keine Rücknahme von Leistungsanträgen oder Widersprüchen**

☐ **Weitere Einschränkungen:**

Freitext – Themen, Leistungen oder Handlungen, die ausgeschlossen sein sollen

09 BEREITS ERTEILTE VOLLMACHTEN

☐ Bereits erteilte Vollmachten bleiben unverändert bestehen.

☐ Frühere Vollmachten für denselben Vorgang werden mit Wirksamwerden dieser Vollmacht widerrufen.

☐ Alle früher gegenüber dieser Krankenkasse erteilten Vollmachten sollen widerrufen werden.

Gültigkeit und Unterschriften

Die Vollmacht sollte eindeutig erkennen lassen, wann sie beginnt, wann sie endet und wer sie erteilt hat.

10 BEGINN UND DAUER

☐ Die Vollmacht gilt ab Unterzeichnung bis zu meinem Widerruf.

☐ Die Vollmacht gilt für einen festen Zeitraum:

Gültig ab	Gültig bis

☐ Die Vollmacht endet mit Abschluss des unter Abschnitt 04 bezeichneten Vorgangs.

11 GELTUNG IM TODESFALL

☐ Die Vollmacht endet mit meinem Tod.

☐ Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten, bis sie von Berechtigten widerrufen wird.

Widerruf

Ich kann diese Vollmacht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf sollte der Krankenkasse unverzüglich mitgeteilt werden.

12 UNTERSCHRIFT DER VOLLMACHTGEBENDEN PERSON

Ort	Datum
Unterschrift der vollmachtgebenden Person	

Bei gesetzlicher Vertretung / Betreuung (falls zutreffend)

Name der vertretenden Person	Rechtsgrund / Funktion
Ort, Datum	Unterschrift

Kenntnisnahme durch die bevollmächtigte Person (optional)

Ort, Datum	Unterschrift der bevollmächtigten Person

13 PRÜFUNG VOR ABGABE

☐ Art und Umfang der Vollmacht ausgewählt	☐ Versichertennummer eingetragen
☐ Bevollmächtigte Person eindeutig bezeichnet	☐ Postempfang festgelegt
☐ Gültigkeitsdauer geprüft	☐ Vollmacht unterschrieben

Praktischer Hinweis

Die Krankenkasse kann zur Identifizierung zusätzliche Nachweise oder ein eigenes Formular verlangen. Für besonders weitreichende oder streitige Angelegenheiten kann eine individuelle rechtliche Beratung sinnvoll sein.