

Vollmacht für die Pflegekasse

Zur Vertretung in ausgewählten Angelegenheiten der Pflegeversicherung. Bitte alle benötigten Felder ausfüllen und Befugnisse ankreuzen.

ERKLÄRUNG

Ich bevollmächtige die nachstehend bezeichnete Person, mich gegenüber meiner Pflegekasse ausschließlich im unten gewählten Umfang zu vertreten.

01 Versicherte Person Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, HAUSNUMMER, PLZ, ORT

VERSICHERTENNUMMER

TELEFON (FREIWILLIG)

02 Bevollmächtigte Person Diese Person darf handeln

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, HAUSNUMMER, PLZ, ORT

TELEFON ODER E-MAIL (FREIWILLIG)

03 Zuständige Pflegekasse

NAME DER PFLEGEKASSE

AKTENZEICHEN (FALLS VORHANDEN)

04 Welche Aufgaben umfasst die Vollmacht? Mehrfachauswahl möglich

Die bevollmächtigte Person darf nur die angekreuzten Aufgaben wahrnehmen:

- | | |
|--|--|
| ☐ Auskünfte zu Pflegeleistungen einholen | ☐ Unterlagen und Gutachten anfordern |
| ☐ Anträge stellen und Erklärungen abgeben | ☐ Pflegegradverfahren begleiten |
| ☐ Bescheide prüfen und Rückfragen klären | ☐ Widersprüche einlegen und begründen |

Im Rahmen der ausgewählten Aufgaben dürfen erforderliche pflegebezogene Sozialdaten und Unterlagen an die bevollmächtigte Person übermittelt werden.

Geltung & Unterschrift

Ergänzende Festlegungen zur oben bezeichneten Vollmacht. Diese Seite gehört zum Formular auf Seite 1.

05 Schriftverkehr und Postempfang

Ohne besondere Anordnung bleibt die Postanschrift der versicherten Person maßgeblich.

☐ Die Pflegekasse soll sämtliche Post zur Pflegeversicherung nur an die bevollmächtigte Person senden.

Achtung: In diesem Fall können Bescheide und Fristsachen unmittelbar bei der bevollmächtigten Person eingehen.

06 Beginn und Ende der Vollmacht

Beginn (eine Option auswählen)

☐ Ab Zugang bei der Pflegekasse

☐ Ab folgendem Datum:

ABWEICHENDER BEGINN (NUR BEI AUSWAHL)

Ende (eine Option auswählen)

☐ Unbefristet bis zum Widerruf

☐ Befristet bis zum:

ENDDATUM (NUR BEI BEFRISTUNG)

☐ Zusätzlich soll die Vollmacht mit meinem Tod enden.

Ein Widerruf ist jederzeit möglich und sollte der Pflegekasse mitgeteilt werden.

07 Zusätzliche Beschränkungen Optional

NUR FÜR FOLGENDEN VORGANG / WEITERE EINSCHRÄNKUNGEN

WICHTIGE ABGRENZUNG

Diese Vollmacht betrifft nur Angelegenheiten gegenüber der genannten Pflegekasse. Sie erteilt weder eine Bankvollmacht noch die Befugnis zu medizinischen Behandlungsentscheidungen oder zum Abschluss von Pflegeverträgen.

08 Bestätigung & Unterschrift

Ich erteile diese Vollmacht freiwillig. Die Angaben sind richtig und die von mir ausgewählten Befugnisse entsprechen meinem Willen.

ORT

DATUM

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

Zur Vorlage bei der Pflegekasse unterschreiben. Die Pflegekasse kann einen Nachweis der Vollmacht verlangen oder eigene Formulare vorgeben.