

Verfahrensvollmacht

Gleich
ausfüllen
und
absenden

1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

2. Angaben zur bevollmächtigten Person

Frau Mann Divers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

3. Angaben zur Art der Vollmacht

Die bevollmächtigte Person darf in folgenden Bereichen **für mich handeln**:

Angelegenheiten der Krankenversicherung

Angelegenheiten der Pflegeversicherung

Nur in Bezug auf folgenden Sachverhalt:

Zu Ihrer Information: §13 Sozialgesetzbuch (SGB) X ermöglicht es, dass sich jede/r Versicherte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch eine bevollmächtigte Person vertreten lassen kann. Bevollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person, solange sie nicht geschäftsmäßig fremde Rechtsangelegenheiten besorgt, ohne Rechtsanwalt zu sein. Liegt uns eine Vollmacht vor, müssen wir uns an die bevollmächtigte Person wenden. Wir können uns an den Vollmachtgeber wenden, soweit dieser zur Mitwirkung verpflichtet ist, müssen dann aber die bevollmächtigte Person verständigen.

Die Vollmacht erstreckt sich auch auf den **Empfang von Schriftstücken und Bescheiden**. Sie ist wirksam, bis sie schriftlich widerrufen wird. Dies gilt **grundsätzlich** auch **über den Tod hinaus**.

Wenn Sie das nicht wünschen, dann können Sie dies hier ausschließen:

Die Vollmacht gilt nur zu Lebzeiten.

Ort, Datum:

Unterschrift des Vollmachtgebers:

Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren
und hochladen