

Bitte senden an:

Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555

VOLLMACHT

zur Wahrnehmung der Interessen der Beteiligten für alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Krankenkasse der DAK-Gesundheit und der DAK-Gesundheit-Pflegekasse

§ 13 SGB X ermöglicht es, dass sich jede(r) Beteiligte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch eine(n) Bevollmächtigte(n) vertreten lassen kann. Bevollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person, solange sie nicht geschäftsmäßig fremde Rechtsangelegenheiten besorgt, ohne Rechtsanwalt zu sein.

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Anschrift

KVNR/BNR

die/den Bevollmächtigte/n

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

die Interessen der Beteiligten für alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Krankenkasse der DAK-Gesundheit und der DAK-Gesundheit-Pflegekasse wahrzunehmen.

Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf durch die Beteiligte oder Rückgabe der Vollmacht durch den Bevollmächtigten / die Bevollmächtigte.

Ich erteile die Vollmacht:

Ort, Datum

Unterschrift

(ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer)