

Beratung unter **0421 3655-0** und über **info@hkk.de****Absender**hkk Krankenkasse
28185 Bremen

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, _____
Name, Vorname (Vollmachtgeber*in)Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

 Telefon _____ KVN R

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift _____

die/ den Bevollmächtigte/ n (Vollmachtnehmer*in)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift _____ Telefon _____

mich in den im Folgenden angekreuzten Angelegenheiten gegenüber der Handelskrankenkasse (hkk) und hkk-Pflegekasse zu vertreten (bitte zutreffendes ankreuzen - eine Mehrfach-Auswahl ist möglich):

- ☐ Auskünfte zu erhalten und Einsicht in alle Sozial- und Gesundheitsdaten sowie Vermögens- und Beitragsdaten nehmen zu können
☐ Anträge zu stellen und Erklärungen abzugeben

Der gesamte Schriftverkehr soll ab sofort nur an die bevollmächtigte Person gehen: ☐ Ja ☐ NeinIn der Vergangenheit gegenüber hkk-Krankenkasse und der hkk-Pflegekasse erteilte Vollmachten erlöschen hiermit: ☐ Ja ☐ NeinDiese Vollmacht gilt ab

--	--	--	--	--	--	--	--

 ggf. bis

--	--	--	--	--	--	--	--

(nur nutzen, wenn Vollmacht befristet sein soll)Diese Vollmacht soll nicht über den Tod hinaus gültig sein: ☐

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

Ort, Datum_____
Unterschrift Vollmachtgeber*in (ggf. gesetzliche Vertretung/Betreuung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

