hkk KRANKENKASSE

Absender

_____

_____

_____

hkk Krankenkasse
28185 Bremen

Vollmacht

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

Geburtsdatum __.__.____ Telefon _____ KVNR _____

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 ☐ Nein
In der Vergangenheit gegenüber hkk-Krankenkasse und der hkk-Pflegekasse erteilte Vollmachten erlöschen hiermit: ☐ Ja ☐ Nein

Diese 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.