

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Vollmacht

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Wer wird vertreten?

Nachname

Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Wer erteilt die Vollmacht?

Wichtig: Bitte nur ausfüllen, wenn Sie als vertretungsberechtigte Person (z. B. Eltern für ihre minderjährigen Kinder) eine Vollmacht erteilen.

Nachname

Vorname

ggf. Versichertennummer

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Wer wird bevollmächtigt?

Ich gebe folgender Person eine Vollmacht:

☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Telefon (freiwillige Angabe)

502840644604



Angaben zur Gültigkeit der Vollmacht

Die Vollmacht wird normalerweise **sofort wirksam**, wenn sie bei uns eingeht. Sie gilt, bis Sie diese widerrufen. Sie bleibt grundsätzlich auch nach Ihrem Tod wirksam. Nur Ihre Rechtsnachfolgerin bzw. Ihr Rechtsnachfolger kann dann die Vollmacht widerrufen. Wenn Sie etwas Anderes wollen, kreuzen Sie einfach die passenden Aussagen an.

- Die Vollmacht gilt
- ☐ erst ab dem

Tag	Monat	Jahr							
- ☐ nur bis zum

Tag	Monat	Jahr							
- ☐ nur solange ich lebe.

Angaben zur Art der Vollmacht

Eine Mehrfach-Auswahl ist möglich.

Die bevollmächtigte Person darf in den folgenden Bereichen **Auskünfte** bekommen und **für mich handeln**:

z. B. Anträge stellen

- ☐ allgemeine Leistungen der Krankenversicherung
- ☐ Mitgliedschaft und Beiträge
- ☐ Pflegeversicherung

Die bevollmächtigte Person darf **ausschließlich** in den folgenden Bereichen **Auskünfte** bekommen:

- ☐ allgemeine Leistungen der Krankenversicherung
- ☐ Mitgliedschaft und Beiträge
- ☐ Pflegeversicherung

Postvollmacht

- ☐ Meine Briefe sollen nicht mehr an mich geschickt werden, sondern nur an die bevollmächtigte Person.

Angaben zur Gültigkeit bisheriger Vollmachten

- ☐ Ich widerrufe hiermit alle von mir bisher erteilten Vollmachten.

Angaben für Rückfragen

--

Telefon (freiwillige Angabe)

Datum, Unterschrift der/des Vollmachtgebenden

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

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI.

502840644604

