

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Vollmacht

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zur vollmachtgebenden Person

--	--

Nachname

--	--

Vorname

--

Versichertennummer

Geburtsdatum

--	--	--

Tag Monat Jahr

Angaben zur bevollmächtigten Person

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 ist normalerweise ab dem Tag wirksam, an dem 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 das nicht wollen, kreuzen Sie einfach die passenden folgenden 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 folgenden Bereichen **Auskünfte** bekommen und **für mich handeln** (z. B. Anträge stellen):

- allgemeine Leistungen der Krankenversicherung
- Mitgliedschaft und Beiträge
- Pflegeversicherung

Die bevollmächtigte Person darf in 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 für Rückfragen

--

Telefon, freiwillige Angabe

--	--

Tag Monat Jahr 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

