

VOLLMACHT KRANKENKASSE (MUSTER)

Ich, _____

geboren am _____ in _____

erkläre hiermit, dass ich Frau/Herrn _____

geboren am _____ in _____

hiermit Vollmacht zu erteilen, mich gegenüber meiner Krankenkasse zu vertreten.

Umfang der Vollmacht:

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, alle Angelegenheiten mit meiner gesetzlichen Krankenkasse zu regeln, einschließlich der Entgegennahme und Weitergabe von Auskünften und Bescheiden, Beantragung von Leistungen, Einlegung von Widersprüchen und sonstiger erforderlicher Korrespondenz.

Dauer der Vollmacht:

Diese Vollmacht gilt ab dem Zeitpunkt der Unterzeichnung und bleibt gültig, bis sie von mir schriftlich widerrufen wird.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Vollmachtgeber: _____

Unterschrift Bevollmächtigter: _____

Vollmachtgeber

Bevollmächtigter

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/vollmacht-krankenkasse-muster/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.