

bkk melitta hmr
ServiceCenter Minden
Postfach 1224
32372 Minden

1. Vollmachtgeber

Hiermit bevollmächtige ich:	
Name, Vorname	Versicherungsnummer
Anschrift	

nachfolgend genannte Person	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Telefonnummer**	
<input type="checkbox"/> Auskunft in alle meine Person betreffenden Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung bei der bkk melitta hmr zu erhalten sowie Einsicht in meine Sozial- und Gesundheitsdaten zu nehmen.	
<input type="checkbox"/> Mich in allen Angelegenheiten gegenüber der bkk melitta hmr Kranken- und Pflegeversicherung zu vertreten. Dies umfasst unter anderem den Erhalt des gesamten Schriftverkehrs (einschließlich Aus- und Nachweise), das Stellen von Anträgen, die Abgabe und das Entgegennehmen von Erklärungen sowie die Einholung von Auskünften und die Einsicht in Sozial- und Gesundheitsdaten.*	
<input type="checkbox"/> Mich in folgenden Angelegenheiten zu vertreten:*	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Bitte zutreffendes ankreuzen	

Die Mitarbeiter der bkk melitta hmr Kranken- und Pflegeversicherung sind im Umfang der Vollmacht gegenüber der bevollmächtigten Person von ihrer Schweigepflicht entbunden und zur Erteilung von Auskünften und zur Ermöglichung der Einsichtnahme in Akten und Unterlagen verpflichtet.

* Bitte beachten Sie §13 SGB X

**Freiwillige Angabe. Bei Angabe der Telefonnummer, erklärt sich die bevollmächtigte Person damit einverstanden, dass die bkk melitta hmr Kranken- und Pflegeversicherung bei Rückfragen telefonisch Kontakt aufnehmen darf.

Die Vollmacht wird befristet erteilt:

Beginn _____ Ende _____

Die Vollmacht wird unbefristet erteilt

Hinweis:

Die Vollmacht ist wirksam, bis sie schriftlich durch mich oder nach meinem Tod durch den oder die Rechtsnachfolger/Erben widerrufen wird und der Widerruf bei der bkk melitta hmr eingegangen ist.

Wird die Vollmacht von einem oder von mehreren Rechtsnachfolger(n)/Erben widerrufen, so bringt der Widerruf die Vollmacht nur für den Widerrufenden mit der Folge zum Erlöschen, dass die bevollmächtigte Person Verfügungen aufgrund dieser Vollmacht nur gemeinschaftlich mit dem Widerrufenden treffen kann.

Die Erteilung der Vollmacht erfolgt freiwillig.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten sowie unsere Kontaktdaten finden Sie auf unserer Homepage www.bkk-melitta.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an Tel: 0571 9759-0 oder per E-Mail: datenschutz@bkk-melitta.de.

2. Vollmachtnehmer

Die bevollmächtigte Person erklärt sich mit der Erteilung der Vollmacht einverstanden.

Im Rahmen der Bevollmächtigung ist es notwendig die vorbenannten personenbezogenen Daten der bevollmächtigten Person zu verarbeiten und zu speichern. Die bevollmächtigte Person erklärt sich mit Abgabe der Unterschrift hiermit ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift bevollmächtigte Person

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Homepage www.bkk-melitta.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an Tel: 0571 9759-0 oder per E-Mail: datenschutz@bkk-melitta.de.