

bkk melitta hmr
ServiceCenter Minden
Postfach 1224
32372 Minden

Hiermit bevollmächtige ich:		
Name, Vorname	Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Anschrift		

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		
Name, Vorname	Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Anschrift		
Telefonnummer**		

Bitte zutreffendes ankreuzen:
<input type="checkbox"/> Auskunft in allen 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 das Stellen von Anträgen, die Entgegennahme und Abgabe von Erklärungen sowie Einsichtnahme in meine Sozial- und Gesundheitsdaten zu nehmen.
<input type="checkbox"/> Sämtlicher Schriftverkehr soll zukünftig an und mit meinem Bevollmächtigten geführt werden.
<input type="checkbox"/> Mich in folgenden Angelegenheiten zu vertreten:

* Bitte beachten Sie §13 SGB X
** Freiwillige Angabe. Bei Angabe der Telefonnummer, erklärt sich der Bevollmächtigte damit einverstanden, dass die BKK Melitta Plus Kranken- und Pflegeversicherung ihn bei Rückfragen auch telefonisch kontaktieren darf.

● **bkk** melitta hmr

ServiceCenter Minden

Postfach 1224

32372 Minden

Die Mitarbeiter der ● **bkk** melitta hmr Kranken- und Pflegeversicherung sind gegenüber dem Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht entbunden und zur Erteilung von Auskünften und zur Ermöglichung der Einsichtnahme des Bevollmächtigten in Akten und Unterlagen verpflichtet.

Die Vollmacht soll befristet erteilt werden:

Beginn _____ Ende _____

Hinweis: Die Vollmacht kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden. Bitte beachten Sie, dass bis zum Eingang des Widerrufs entsprechend der von Ihnen erteilten Vollmacht verfahren wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Der Bevollmächtigte erklärt sich mit der Erteilung der Vollmacht einverstanden.

Im Rahmen der Bevollmächtigung ist es notwendig die vorbenannten personenbezogenen Daten des Bevollmächtigten zu verarbeiten und zu speichern. Der Bevollmächtigte erklärt sich mit seiner Unterschrift hiermit ausdrücklich einverstanden. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Homepage www.bkk-melitta-hmr.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an 0571 93409-0 oder datenschutz@bkk-melitta.de.

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten