

# Vollmacht

Gleich  
Ausfüllen und  
Absenden

## 1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

Straße/Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ

Ort

## 2. Meine Vollmacht

### Angaben zur bevollmächtigten Person

Frau  Mann  Divers

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

### Angaben zur Art der Vollmacht

Die bevollmächtigte Person darf in folgenden Bereichen **Auskünfte** über mich erhalten:

- Angelegenheiten der Krankenversicherung  
 Angelegenheiten der Pflegeversicherung  
 Nur in Bezug auf folgenden Sachverhalt:

Die bevollmächtigte Person darf in folgenden Bereichen **Auskünfte** über mich erhalten und **für mich handeln**:

- Angelegenheiten der Krankenversicherung  
 Angelegenheiten der Pflegeversicherung  
 Nur in Bezug auf folgenden Sachverhalt:

**Zu Ihrer Information:** §13 Sozialgesetzbuch (SGB) X ermöglicht es, dass sich jede/r Versicherte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch eine bevollmächtigte Person vertreten lassen kann. Bevollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person, solange sie nicht geschäftsmäßig fremde Rechtsangelegenheiten besorgt, ohne Rechtsanwalt zu sein. Liegt uns eine Vollmacht vor, müssen wir uns an die bevollmächtigte Person wenden. Wir können uns an den Vollmachtgeber wenden, soweit dieser zur Mitwirkung verpflichtet ist, müssen dann aber die bevollmächtigte Person verständigen.

Die Vollmacht erstreckt sich auch auf den **Empfang von Schriftstücken und Bescheiden**. Sie ist wirksam, bis sie schriftlich widerrufen wird. Dieses gilt **grundsätzlich** auch **über den Tod hinaus**.

Wenn Sie das nicht wünschen, dann können Sie dieses hier ausschließen:

- Die Vollmacht gilt nur zu Lebzeiten.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

## Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

**Per Post:**  
Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

**Per E-Mail:**  
Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per App MOBIL ME:**  
Unterlagen fotografieren  
und hochladen