

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Krankenkasse BMW BKK	Krankenversicherungsnummer

Frau / Herr / Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Telefonnummer*	E-Mail*

*freiwillige Angaben

in allen Angelegenheiten meiner Kranken- und Pflegeversicherung bei der BMW BKK. Meine Post soll in Zukunft ausschließlich an meinen Bevollmächtigten zugestellt werden.

Oder in folgenden Angelegenheiten:

Auskünfte erhalten zu dürfen und **Einsicht** in sämtliche Sozial- und Gesundheitsdaten nehmen zu können.

Anträge zu stellen, **Erklärungen** abzugeben und **Rechtsmittel** einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten.

Sachleistungen für mich entgegenzunehmen.

Geldleistungen für mich entgegenzunehmen.

Schriftverkehr in den von dieser Vollmacht umfassten Angelegenheiten soll ausschließlich an die von mir bevollmächtigte Person gehen.

Die Vollmacht ist bis zu meinem Widerruf gültig. Dieser wird mit Zugang bei der BMW BKK wirksam.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte beachten Sie:

Sobald Sie dieses Formular ausgefüllt und an uns zurückgesendet haben, ist die Vollmacht gültig. Ihr Bevollmächtigter kann ab diesem Zeitpunkt stellvertretend für Sie tätig werden. Rechtlich ist Ihr Bevollmächtigter zum Beispiel befugt, Anträge für Sie zu stellen, Widerspruch einzulegen oder Sach- und Geldleistungen für Sie in Empfang zu nehmen. Ebenso versenden wir ab diesem Zeitpunkt Ihre Post nur noch an Ihren Bevollmächtigten.

Sollten Sie dies nicht wünschen, haben Sie die Möglichkeit, die Vollmacht auf einzelne Bereiche zu beschränken und nicht allumfassend zu erteilen.

Sollten Sie Ihre Vollmacht nur vorsorglich erteilen wollen (sogenannte „Vorsorgevollmacht“), ist auch dies möglich. In einem solchen Fall bitten wir Sie allerdings, das Formular auszufüllen, bei sich zu verwahren und uns dieses erst im Bedarfsfall zukommen zu lassen.