

V O L L M A C H T

§ 13 SGB X ermöglicht es, dass sich jede(r) Beteiligte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch einen(n) Bevollmächtigte(n) vertreten lassen kann. Bevollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person, solange sie nicht geschäftsmäßig fremde Rechtsangelegenheiten besorgt, ohne Rechtsanwalt zu sein.

Hiermit bevollmächtige ich,

Vorname und Name des Versicherten

Geburtsdatum

Telefonnummer (freiwillig)

Anschrift

Versicherungsnummer

die/den Bevollmächtigte/n

Vorname und Name

Geburtsdatum

Telefonnummer (freiwillig)

Anschrift

die Interessen der Beteiligten für folgende Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Krankenkasse der Wieland BKK und der Wieland BKK Pflegekasse wahrzunehmen **(bitte unbedingt angeben)**:

Die Vollmacht endet automatisch mit Abschluss der Angelegenheit. Der Schriftverkehr geht weiterhin an mich. Ich werde den Bevollmächtigten darüber informieren.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)