

Vollmacht

Kunde	Name, Vorname	Geburtsdatum
	Versichertennummer	
Bevollmächtigter (nur natürliche Personen, keine Firmen oder Gesellschaften)	Name, Vorname	
	Anschrift	
Gegenüber	HEK - Hanseatische Krankenkasse Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 Hamburg	

Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Person, Auskünfte bei der HEK einzuholen oder Erläuterungen sowie Informationen in meinem Namen abzugeben. Die Vollmacht ist beschränkt auf die nachfolgenden Punkte (Rechtsgeschäfte) - bitte ankreuzen:

- Herstellung/Beantragung einer Mitgliedschaft bei der HEK
- Beantragung einer freiwilligen Versicherung/Familienversicherung (auch für Familienangehörige)
- Sachstand zur Beitragseinstufung
- allgemeine beantragte Leistungen
- Sachstand Krankengeld (ausgenommen davon sind Gesundheitsdaten, wie zum Beispiel Diagnosen oder Befunde)
- Erlangung einer Bonusleistung gemäß Satzung der HEK
- Sonstiges: _____

Der/dem Bevollmächtigten darf umfassend Auskunft zu den oben angegebenen Punkten gegeben werden, damit diese/r weitere notwendige Schritte erledigen kann.

Die Vollmacht erlischt nach Durchführung des oben genannten Rechtsgeschäfts, spätestens jedoch nach Ablauf von 6 Monaten nach Ausstellung der Vollmacht. Die Vollmacht kann jederzeit vom Vollmachtgeber (Kunden) widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

Hinweis: Betrifft eines der oben genannten Rechtsgeschäfte einen mitversicherten Familienangehörigen, welcher das 15. Lebensjahr vollendet hat, so ist die Unterschrift des Angehörigen zur Einverständniserklärung erforderlich.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

Unterschrift