

HEK - Hanseatische Krankenkasse  
22039 Hamburg

Tipp: schnell und sicher über unsere  
HEK Service-App zurücksenden

## Vertretungsvollmacht

### Angaben des Vollmachtgebers

Name, Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum
---------------	--------------------	--------------

### Hiermit bevollmächtige ich die nachfolgende Person, mich gegenüber der Hanseatischen Krankenkasse zu vertreten:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefonnummer (freiwillige Angabe)

### Umfang der Vollmacht

Die oben genannte Person soll mich in Angelegenheiten der **Krankenversicherung** vertreten:

Ja  Nein

Die oben genannte Person soll darüber hinaus in Angelegenheiten der **Krankenversicherung** die an mich gerichtete Post erhalten. Ich selbst erhalte dann keine Post mehr.

Ja  Nein

Die oben genannte Person soll mich in Angelegenheiten der **Pflegeversicherung** vertreten:

Ja  Nein

Die oben genannte Person soll darüber hinaus in Angelegenheiten der **Pflegeversicherung** die an mich gerichtete Post erhalten. Ich selbst erhalte dann keine Post mehr.

Ja  Nein

Die oben genannte Person ist berechtigt, für mich Anträge zu stellen, gegenüber der HEK Erklärungen abzugeben und entgegenzunehmen und mich bei sonstigen Handlungen gegenüber der HEK zu vertreten. Die Vollmacht umfasst auch meine Vertretung bei Widerspruchsverfahren.

Die oben genannte Person ist berechtigt, die mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Leistungserbringer von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Die oben genannte Person ist ebenfalls berechtigt, die Herausgabe der mich betreffenden Behandlungsunterlagen zu verlangen und diese an die HEK zu übersenden oder übersenden zu lassen.

Mir ist bewusst, dass diese Vollmacht bis zu ihrem Widerruf auch über den Tod hinaus wirksam ist. Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich durch mich als Vollmachtgeber oder meinen Erben möglich.

_____	_____
Datum	Unterschrift Versicherter