

**HEK  
Firmenkunden  
22034 Hamburg**

**Vollmacht**

<b>Vollmachtgeber</b>	Name, Anschrift
	Betriebsnummer
<b>Bevollmächtigter</b>	Name, Anschrift
	Betriebsnummer (Handelt es sich bei dem Bevollmächtigten um einen Steuerberater_in oder ein Unternehmen, bitten wir um die Angabe der Betriebsnummer)
<b>Gegenüber</b>	HEK - Hanseatische Krankenkasse Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 Hamburg

Ich erteile folgende Vollmacht/en für den oben genannten Bevollmächtigten:

**Vertretungsvollmacht**

Die Vertretungsvollmacht berechtigt den Bevollmächtigten Auskunft bei den Krankenkassen zu ersuchen, in meinem/unserem Auftrag unterschriebene Sozialversicherungsanmeldungen abzugeben, mich/uns gegenüber den Krankenkassen und sonstigen Sozialversicherungsträgern in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten zu vertreten und verbindliche Erklärungen abzugeben, Anträge zu stellen sowie Einspruchs- oder Rechtsbehelfsverfahren zu führen.

**Empfangsvollmacht**

Die Empfangsvollmacht berechtigt den Bevollmächtigten in allen Verfahren bei Sozialversicherungsträgern rechtsverbindliche Erklärungen sowie Zustellungen und Bekanntgaben entgegenzunehmen, soweit sie jeweils im Zusammenhang mit dem Sozialversicherungsverfahren stehen oder Auswirkungen darauf haben. Diese Vollmacht gilt auch für Einspruchsverfahren.

Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich durch den Vollmachtgeber möglich.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift/en Vollmachtgeber

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift/en Vollmachtgeber

**Bei Verheirateten ist das Formular von beiden Ehepartnern oder Lebenspartnern nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) zu unterschreiben.  
Bei Gesellschaften ist das Formular von dem allein- oder den gemeinsam vertretungsberechtigten Gesellschaftern zu unterschreiben.**