

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: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Die oben genannte Person soll darüber hinaus in Angelegenheiten der Krankenversicherung den Schriftverkehr führen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

| |
|---|
| Die oben genannte Person soll mich in Angelegenheiten der Pflegeversicherung vertreten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Die oben genannte Person soll darüber hinaus in Angelegenheiten der Pflegeversicherung den Schriftverkehr führen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 |
|-------------|---------------------------------|