



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK
22039 Hamburg

Vollmacht

Kunde (Vollmachtgeber)	Name, Vorname	Geburtsdatum
	Versichertennummer	
Bevollmächtigter	Name, Vorname	
	Anschrift	
Gegenüber	HEK - Hanseatische Krankenkasse Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 Hamburg	

Ich bevollmächtige den oben genannten Bevollmächtigten mich in folgenden Angelegenheiten gegenüber der HEK zu vertreten (bitte ankreuzen):

- Krankenversicherung **mit** Schriftverkehr (nach dem Sozialgesetzbuch V)
- Krankenversicherung **ohne** Schriftverkehr (nach dem Sozialgesetzbuch V)
- Pflegeversicherung **mit** Schriftverkehr (nach dem Sozialgesetzbuch XI)
- Pflegeversicherung **ohne** Schriftverkehr (nach dem Sozialgesetzbuch XI)

Mir ist bewusst, dass bei der Auswahl „mit Schriftverkehr“ sämtliche Schreiben an den Bevollmächtigten und nicht mehr an mich gesendet werden und dass diese Vollmacht bis zu ihrem Widerruf, auch über den Tod hinaus, wirksam ist. Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich durch mich oder im Todesfall durch meine Erben möglich.

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich Anträge zu stellen, gegenüber der HEK Erklärungen abzugeben und entgegenzunehmen, Auskunft zu allen Belangen zu erhalten und mich bei sonstigen Handlungen gegenüber der HEK zu vertreten. Die Vollmacht umfasst auch meine Vertretung bei Widerspruchsverfahren.

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

Datum

Unterschrift Kunde