



Mitgliedsnummer

Versicherungsnehmer

Vollmacht

Das Versicherungsgeheimnis verbietet es uns, Auskünfte an Personen zu geben, die nicht unsere Vertragspartner sind. Dies gilt auch für mitversicherte Familienangehörige oder Bezugsberechtigte. Natürlich können sowohl Sie als unser Vertragspartner als auch versicherte Personen Dritte benennen, denen wir Auskünfte über Ihr Versicherungsverhältnis geben und Fragen dazu beantworten dürfen. Ferner können Vertragspartner jemanden ermächtigen, über

Ansprüche aus Ihrem Vertrag wirtschaftlich zu verfügen bzw. Leistungen aus Ihrem Vertrag entgegenzunehmen. Hierzu können Sie die folgende Vollmacht entsprechend Ihren Wünschen ausfüllen und mit Ihrer sowie der Unterschrift der/des Bevollmächtigten an uns zurückschicken.

Bitte kreuzen Sie unbedingt an, welchen Umfang Ihre Vollmacht haben soll.

Vollmachtgeber/in	Name, Vorname		
	Straße, Haus-Nr.		
	PLZ, Wohnort		
Ich bevollmächtige hiermit (Bevollmächtigte/r)	Name, Vorname (alle Vornamen)		
	Straße, Haus-Nr.		
	PLZ, Wohnort		
	Geburtsdatum		
	Telefon		

Die/der Bevollmächtigte wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.

<p>Bitte ankreuzen</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Auskünfte einzuholen,</p> <p><input type="checkbox"/> 2. rechtsverbindliche Willenserklärungen abzugeben bzw. entgegenzunehmen sowie Zahlungen zu erhalten (beinhaltet Punkt 1) oder</p> <p><input type="checkbox"/> 3. den gesamten Schriftwechsel zu führen und entgegenzunehmen (beinhaltet 1 und 2). (In diesem Fall wird die SDK den gesamten Schriftverkehr ab sofort und ausschließlich an den/die Bevollmächtigte/n adressieren)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Krankenunterlagen einzusehen und deren Herausgabe an Dritte zu bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte, nichtärztliches Personal und die SDK gegenüber der/dem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht. Diese/r darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte, nichtärztliches Personal und die SDK von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.</p>
<p>Diese Vollmacht gilt für</p>	<p><input type="checkbox"/> alle bestehenden Verträge unter der oben genannten Mitgliedsnummer</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenversicherung/Pflegeversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Zusatzversicherung Mitgliedsnummer: _____</p> <p><input type="checkbox"/> AR-Versicherung Mitgliedsnummer: _____</p> <p>Einschränkungen/Ergänzungen: _____ _____ _____ _____</p>

Die Vollmacht gilt über den Tod der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers hinaus. Ihre/seine Erben können sie widerrufen. Diese Vollmacht ersetzt bereits bestehende Vollmachten.

Im Hinblick auf die von der SDK verarbeiteten Daten und Informationen zu meiner Person erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass diese an die von mir ermächtigte und bevollmächtigte Person weitergegeben werden dürfen. Soweit meine Ermächtigung und Vollmacht auch die Auskunftserteilung über besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie beispielsweise Gesundheitsdaten, sowie über durch § 203 Abs. 1 Nr. 7 StGB geschützte Geheimnisse umfasst, stimme ich auch der Weitergabe dieser Informationen an die ermächtigte und bevollmächtigte Person zu. Darüber hinaus entbinde ich, sofern meine Ermächtigung und Vollmacht Auskünfte zu meiner Krankenversicherung einschließt, die Mitarbeiter des jeweils vertragsführenden Versicherungsunternehmens von der Schweigepflicht gemäß § 203 Abs. 1 Nr. 7 StGB.

Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Datum

Unterschrift der Bevollmächtigten/des Bevollmächtigten