



An  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
50594 Köln

**Wir benötigen alle 2 Seiten  
der Vollmacht zurück!**

KV

Versicherungsnummer

## Vollmacht

### Vollmachtgeber/in:

\_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname der versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Ort

### Hiermit bevollmächtige ich Herrn/Frau

\_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname des/der Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (freiwillige Angabe zur Kontaktaufnahme)

mich gegenüber meinem privaten Krankenversicherer, der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300, 50933 Köln, in allen Angelegenheiten zu vertreten. Die Vollmacht gilt für alle bei der DKV bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungen. Der/Die Bevollmächtigte darf alle Rechte und Pflichten aus den bestehenden Versicherungen wahrnehmen.

Die Vollmacht berechtigt insbesondere dazu (Zutreffendes bitte ankreuzen),

- Willenserklärungen für mich gegenüber der DKV abzugeben und solche der DKV entgegenzunehmen. Weiterhin darf der/die Bevollmächtigte sämtliche Korrespondenz mit der DKV führen. Die Vollmacht gilt vor allem für alle Angelegenheiten zur
  - Vertragsgestaltung (z. B. Kündigung, Tarifberatung und -umwandlung),
  - Leistungsabwicklung (z. B. Einreichen von Leistungsanträgen, Entgegennahme von Leistungsabrechnungen),
- sämtliche Post von der DKV zu empfangen,
- telefonische Auskünfte zu erfragen,
- Versicherungsleistungen entgegen zu nehmen.
- Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.



### Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass die DKV meine erforderlichen personenbezogenen Daten – insbesondere meine Gesundheitsdaten – an den/die Bevollmächtigte/n übermittelt.

Ich entbinde die für die DKV tätigen Personen gegenüber dem/der Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht.

Ich weiß, dass ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben muss. Diese Entscheidung ist freiwillig. Aber das wäre mit Konsequenzen verbunden:

Wenn ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben möchte, **darf die DKV keine Daten an den/die Bevollmächtigte/n übermitteln**. Dies führt dazu, dass er/sie mich in den meisten der oben genannten Angelegenheiten nicht vertreten kann.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit bei der DKV widerrufen kann. Ein Widerruf betrifft nicht die Datenverarbeitung, die aufgrund der Erklärung bis zum Widerruf erfolgt ist.

**Wir benötigen Ihre Unterschrift auf dieser Seite der Vollmacht!**

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

DMS F06083