Vollmacht gegenüber der Pflegekasse – Muster

Für Angehörige, die Anträge stellen, beim Begutachtungstermin sprechen und Bescheide entgegennehmen sollen. Viele Pflegekassen haben ein eigenes Formular – fragen Sie zuerst dort nach.

Hinweis: Formulierungsvorschlag ohne Gewähr. Er ersetzt keine Rechtsberatung. Bei Fragen zu Ihrer Situation wenden Sie sich an einen Notar, eine Anwältin oder die Betreuungsbehörde. Erläuterungen: www.diadema-pflege.de/vorsorge/vollmacht-vorlage/

Vollmacht zur Vertretung gegenüber der Pflegekasse und Krankenkasse

Ich, die versicherte Person (Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname: [ ]
Geburtsdatum: [ ]
Anschrift: [ ]
Kranken- und Pflegekasse: [ ]
Versichertennummer: [ ]

bevollmächtige
Name, Vorname: [ ]
Geburtsdatum: [ ]
Anschrift: [ ]
Telefon / E-Mail: [ ]

mich gegenüber meiner Pflegekasse und meiner Krankenkasse in allen Angelegenheiten der Pflege- und Krankenversicherung zu vertreten. Die Vollmacht umfasst insbesondere:

- Anträge auf Leistungen zu stellen, zu ändern und zurückzunehmen, zum Beispiel auf Feststellung oder Erhöhung eines Pflegegrades, Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, Entlastungsbetrag, Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zur Wohnraumanpassung
- Termine zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst oder einen anderen Gutachter zu vereinbaren und mich dabei zu begleiten
- Auskünfte einzuholen, Bescheide und Schreiben entgegenzunehmen und Akteneinsicht zu nehmen
- Widerspruch einzulegen und Widerspruchsverfahren für mich zu führen
- Beratungsbesuche und Pflegeberatung für mich zu vereinbaren

Schweigepflicht und Datenschutz: Ich entbinde meine Pflegekasse, meine Krankenkasse, den Medizinischen Dienst sowie meine behandelnden Ärztinnen und Ärzte gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht, soweit es für die oben genannten Angelegenheiten erforderlich ist.

Post: Schreiben der Kasse dürfen [ ] an mich [ ] an die bevollmächtigte Person geschickt werden. (Bitte ankreuzen.)

Geltung: Die Vollmacht gilt ab Unterzeichnung bis auf Widerruf. Sie bleibt auch bei meiner Geschäftsunfähigkeit und über meinen Tod hinaus wirksam. Untervollmacht darf [ ] erteilt werden [ ] nicht erteilt werden.

Ort, Datum: [ ]
Unterschrift Vollmachtgeber/in: [ ]

Ich nehme die Vollmacht an.
Ort, Datum: [ ]
Unterschrift bevollmächtigte Person: [ ]