

Vollmacht für die Pflegepflichtversicherung PPV

Bitte bei Bedarf verwenden

Versicherungsschein-Nr.: PPV _____

Angaben zum Vollmachtgeber (pflegebedürftige Person):

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

Ich bevollmächtige bis auf Widerruf (Bevollmächtigte/r)

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

mich in allen Leistungsangelegenheiten der PPV gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. zu vertreten, dazu zählen

- Abgabe von Anzeigen und Erklärungen
- Empfang von Leistungsbescheiden
- Empfang von Gutachten
- Führen von Schriftwechsel

Die Vollmacht berechtigt jedoch nicht zur Entgegennahme von Geldzahlungen. Versicherungsleistungen werden auf das vom Versicherungsnehmer angegebene Konto überwiesen.

Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, ihre/seine Vollmacht ganz oder teilweise auf andere Personen zu übertragen. Die Vollmacht soll auch über meinen Tod hinaus wirksam sein.

Zugleich werden Mitarbeiter/innen des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. von ihrer Schweigepflicht befreit und ermächtigt, der/dem Bevollmächtigten umfassend Auskunft zu den Leistungsangelegenheiten der PPV zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Vollmachtgebers
(dient zum Abgleich der Unterschrift)

Ort, Datum

Unterschrift der/des Bevollmächtigten
(dient zum Abgleich der Unterschrift)