

## VOLLMACHT

Meine Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Angaben zum/zur Vollmachtgeber/-in (Versicherungsnehmer/-in):

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift, Telefonnummer

### Angaben zum/zur Bevollmächtigten:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift, Telefonnummer

Ich bevollmächtige die zuvor genannte Person bis auf Widerruf, mich in allen Angelegenheiten gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. zu vertreten, dabei auch Anzeigen und sonstige Mitteilungen sowie Willenserklärungen und sonstige Rechtshandlungen (wie beispielsweise Mahnungen oder Kündigungen) mit unmittelbarer Wirkung für und gegen mich abzugeben und entgegenzunehmen. Einzelne Postsendungen dürfen auf Anfrage des/der Bevollmächtigten an seine Adresse gesendet werden.

Die Vertretungsmacht erstreckt sich auf alle Rechtsgeschäfte, die von mir oder mir gegenüber vorgenommen werden können und bei denen eine Stellvertretung gesetzlich zulässig ist. Die Vollmacht soll auch **über meinen Tod hinaus** wirksam sein.

Der/die Bevollmächtigte ist nicht befugt, ihre/seine Vollmacht ganz oder teilweise auf andere Personen zu übertragen. Zugleich befreie ich in dem Zusammenhang den Landeskrankenhilfe V.V.a.G. und dessen Mitarbeiter/-innen von ihrer Schweigepflicht und ermächtige diese, der/dem Bevollmächtigten umfassend Auskunft zu/in meinen Versicherungsangelegenheiten zu erteilen.

Sofern der/die Bevollmächtigte weitere Befugnisse als die genannten erhalten soll, **kreuzen Sie bitte an**:

- 1. Die Vollmacht berechtigt die/den Bevollmächtigte/-n auch zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und zur Änderung von Erstattungskonten.
- 2. Der/die Bevollmächtigte darf die gesamte Vertragskorrespondenz entgegennehmen und eigenständig führen. (In diesem Fall wird der Landeskrankenhilfe V.V.a.G. den gesamten Schriftverkehr **ab sofort** an die/den Bevollmächtigte/-n adressieren.)
- 3. Über **Punkt 2** darf der/die Bevollmächtigte neu entscheiden, sofern ich nicht mehr in der Lage bin, meine Vertragsangelegenheiten eigenständig zu führen. (Die Entscheidung, wann dieser Zustand eingetreten ist, muss durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden.)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Versicherungsnehmer/-in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Bevollmächtigte/-r

**Wichtig:** Zum zukünftigen Abgleich der Unterschriften benötigen wir **beide** Unterschriften!