

Versichertennummer:

Vollmacht

Persönliche Daten

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

☐

hiermit erteile ich der nachstehend genannten Person die Vollmacht, für mich in Angelegenheiten der Sozialversicherung tätig zu werden.

Name, Vorname

Anschrift:

Geburtsdatum

Telefonnummer

Die Vollmacht gilt für das Verhandeln, die Abgabe und Entgegennahme von Erklärungen, Bescheiden und Rechtsmitteln sowie für die Erteilung von Neben und Untervollmachten.

☐

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐

Soweit es zur Verfolgung meiner Ansprüche erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die mich bisher untersucht und behandelt haben und mich zukünftig untersuchen und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte die Einsichtnahme in ärztliche Gutachten.

☐

Zustellungen, Schriftwechsel und Rückfragen sind ausschließlich an meinen Bevollmächtigten zu richten.

☐

bitte zahlen Sie Leistungen an

☐

mich

☐

meine/n Bevollmächtigte/n

Name des Geldinstituts:

BIC (Internationale Bankleitzahl):

Kontoinhaber:

IBAN (Internationale Bankkontonummer):

D

E

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Bei Fragen bin ich erreichbar

E-Mail:

Telefon:

Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

E-Mail: info@big-direkt.de

Fax: 0231.5557-199

Post: BIG direkt gesund
Postfach 10 06 42
44006 Dortmund

In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihre Vollmacht nach § 13 SGB X zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.