M 005

PBeaKK
Gesund versichert.
Beihilfedienste

Absender

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste Saarland
70644 Stuttgart

Datum

Telefon

Erteilung einer Vollmacht – Exemplar für die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)

Ich (Vollmachtgeber*in)

Name, Vorname

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

bevollmächtige

Telefon

Name, Vorname

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

mich ab sofort zu vertreten in allen Angelegenheiten

- der von der PBeaKK im Auftrag bearbeiteten Beihilfen nach der Saarländischen Beihilfeverordnung.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, für mich Anträge zu stellen, gegenüber der PBeaKK Erklärungen abzugeben, entgegenzunehmen und mich bei sonstigen Handlungen gegenüber der PBeaKK zu vertreten. Die Vollmacht umfasst auch meine Vertretung bei Widerspruchsverfahren bzw. Einwendungen.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, die mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Leistungserbringer von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Die bevollmächtigte Person ist ebenfalls berechtigt, die Herausgabe der mich betreffenden Behandlungsunterlagen zu verlangen und diese an die PBeaKK, an Sachverständige oder an Sachverständigengesellschaften zu übersenden oder übersenden zu lassen.

☐ **Ich wünsche, dass der gesamte Schriftwechsel ab sofort an die Anschrift der bevollmächtigten Person gesandt wird.**

Die Vollmacht ist wirksam, bis sie schriftlich durch mich oder nach meinem Tod durch den oder die Erben widerrufen wird und der Widerruf bei der PBeaKK eingegangen ist. Ohne Widerruf gilt sie auch nach meinem Tod.

Datum, Unterschrift beihilfeberechtigte Person

Datum, Unterschrift der bevollmächtigten Person

M 005

PBeaKK
Gesund versichert.
Beihilfedienste

Absender

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste Saarland
70644 Stuttgart

Datum

Telefon

Erteilung einer Vollmacht – Exemplar für die bevollmächtigte Person

Ich (Vollmachtgeber*in)

Name, Vorname

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

bevollmächtige

Telefon

Name, Vorname

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

mich ab sofort zu vertreten in allen Angelegenheiten

- der von der PBeaKK im Auftrag bearbeiteten Beihilfen nach der Saarländischen Beihilfeverordnung.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, für mich Anträge zu stellen, gegenüber der PBeaKK Erklärungen abzugeben, entgegenzunehmen und mich bei sonstigen Handlungen gegenüber der PBeaKK zu vertreten. Die Vollmacht umfasst auch meine Vertretung bei Widerspruchsverfahren bzw. Einwendungen.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, die mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Leistungserbringer von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Die bevollmächtigte Person ist ebenfalls berechtigt, die Herausgabe der mich betreffenden Behandlungsunterlagen zu verlangen und diese an die PBeaKK, an Sachverständige oder an Sachverständigengesellschaften zu übersenden oder übersenden zu lassen.

☐ **Ich wünsche, dass der gesamte Schriftwechsel ab sofort an die Anschrift der bevollmächtigten Person gesandt wird.**

Die Vollmacht ist wirksam, bis sie schriftlich durch mich oder nach meinem Tod durch den oder die Erben widerrufen wird und der Widerruf bei der PBeaKK eingegangen ist. Ohne Widerruf gilt sie auch nach meinem Tod.

Datum, Unterschrift beihilfeberechtigte Person

Datum, Unterschrift der bevollmächtigten Person

M 005

PBeaKK
Gesund versichert.
Beihilfedienste

Absender

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste Saarland
70644 Stuttgart

Datum

Telefon

Erteilung einer Vollmacht – Exemplar für die vollmachtgebende Person

Ich (Vollmachtgeber*in)

Name, Vorname

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

bevollmächtige

Telefon

Name, Vorname

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

mich ab sofort zu vertreten in allen Angelegenheiten

- der von der PBeaKK im Auftrag bearbeiteten Beihilfen nach der Saarländischen Beihilfeverordnung.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, für mich Anträge zu stellen, gegenüber der PBeaKK Erklärungen abzugeben, entgegenzunehmen und mich bei sonstigen Handlungen gegenüber der PBeaKK zu vertreten. Die Vollmacht umfasst auch meine Vertretung bei Widerspruchsverfahren bzw. Einwendungen.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, die mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Leistungserbringer von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Die bevollmächtigte Person ist ebenfalls berechtigt, die Herausgabe der mich betreffenden Behandlungsunterlagen zu verlangen und diese an die PBeaKK, an Sachverständige oder an Sachverständigengesellschaften zu übersenden oder übersenden zu lassen.

☐ **Ich wünsche, dass der gesamte Schriftwechsel ab sofort an die Anschrift der bevollmächtigten Person gesandt wird.**

Die Vollmacht ist wirksam, bis sie schriftlich durch mich oder nach meinem Tod durch den oder die Erben widerrufen wird und der Widerruf bei der PBeaKK eingegangen ist. Ohne Widerruf gilt sie auch nach meinem Tod.

Datum, Unterschrift beihilfeberechtigte Person

Datum, Unterschrift der bevollmächtigten Person

Erläuterungen zur Erteilung einer Vollmacht

Warum sollte ich jemanden bevollmächtigen?

Die Erteilung einer Vollmacht empfiehlt sich, wenn Sie zum Beispiel aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sind, sich um Ihre Beihilfeangelegenheiten selbst zu kümmern.

Wen kann ich bevollmächtigen? Was bewirkt die Vollmacht?

Mit der Vollmacht ermächtigen Sie eine geschäftsfähige Person Ihres Vertrauens (z. B. Ihren Partner oder Ihr volljähriges Kind), für Sie alle Beihilfeangelegenheiten zu erledigen. Diese Person kann für Sie Leistungen beantragen. Die bevollmächtigte Person kann auch veranlassen, dass diese Leistungen z. B. auf das Konto der/des Bevollmächtigten überwiesen werden. Die bevollmächtigte Person kann an Ihrer Stelle Einwendungen bzw. Widerspruch erheben. Darüber hinaus kann die/der Bevollmächtigte Ihren Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden, Einsicht in Ihre Krankenunterlagen nehmen und diese Unterlagen wenn notwendig an die PBeaKK, an Sachverständige oder an Sachverständigengesellschaften weiterleiten.

Ab welchem Zeitpunkt gilt die Vollmacht? Wie lange gilt sie?

Die Vollmacht gilt ab dem Zeitpunkt des Eingangs bei der PBeaKK. Sie erhalten hierüber keine besondere Bestätigung. Die Vollmacht gilt, bis sie schriftlich durch Sie oder nach Ihrem Tod durch den oder die Erben widerrufen wird und der Widerruf bei der PBeaKK eingegangen ist. Die Vollmacht gilt nur gegenüber der PBeaKK und ersetzt keine weitergehende Vorsorgevollmacht für den Fall der Geschäftsunfähigkeit.

Mit wem führen wir den Schriftwechsel?

Bescheide und sonstige Schriftsätze werden auch nach der Erteilung der Vollmacht weiterhin an Sie als Beihilfeberechtigten gesandt, außer Sie erklären schriftlich, dass sämtliche Schriftsätze (auch Bescheide) nur an den Bevollmächtigten ergehen sollen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Drucken

Zurücksetzen