



Ihre Versichertennummer

---

**Vollmacht Kranken- und Pflegeversicherung**

Hiermit bevollmächtige ich

---

Vor- und Nachname der/des Versicherten

---

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Versicherten

die nachstehende Person

Frau

Herrn

keine Angabe

---

Vor- und Nachname der/des Bevollmächtigten

---

Geburtsdatum

---

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Bevollmächtigten

---

Telefonnummer dienstlich

---

Telefonnummer privat

mich in den Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung bei der AOK NordWest und der bei ihr eingerichteten Pflegekasse zu vertreten.

Die Vollmacht gilt für das Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren sowie für zivilrechtliche Angelegenheiten und ermächtigt zu allen Verfahrenshandlungen. Insbesondere umfasst sie die Befugnis, Anträge zu stellen, zu verfolgen, Schweigepflichtentbindungserklärungen (auch bezüglich der Schweigepflicht von Ärzten und anderen Behandlern gegenüber der AOK NordWest und der Pflegekasse bei der AOK NordWest) zu unterzeichnen, Rechtsmittel einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten.

Diese Vollmacht gilt für alle zukünftigen Sachverhalte.

In der Vergangenheit erteilte Vollmachten erlöschen hiermit.

Schriftverkehr zu den von der Vollmacht umfassten Angelegenheiten soll ausschließlich mit der/dem Bevollmächtigten unter der genannten Anschrift geführt werden.

Die o. g. Vollmacht gilt für die Zeit vom 

---

TT.MM.JJJJ bis 

---

TT.MM.JJJJ

Die o. g. Vollmacht **gilt über meinen Tod** hinaus.

Die o. g. Vollmacht **gilt bis zu meinem Tod**.

Abweichend gilt diese Vollmacht nur für den folgenden Sachverhalt:

---

Diese Vollmacht kann jederzeit bei der AOK NordWest widerrufen werden.

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 SGB V, § 94 SGB XI und § 13 SGB X erhoben und verarbeitet. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/nw/datenschutzrechte](https://aok.de/nw/datenschutzrechte). Verantwortlich ist die AOK NordWest. Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

✕

Datum

✕

Unterschrift

Telefonnummer (freiwillig)