

# Verfahrensvollmacht

Gleich  
ausfüllen  
und  
absenden

## 1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

## 2. Angaben zur bevollmächtigten Person

Frau  Mann  Divers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

## 3. Angaben zur Art der Vollmacht

Die bevollmächtigte Person darf in folgenden Bereichen **für mich handeln**:

Angelegenheiten der Krankenversicherung

Angelegenheiten der Pflegeversicherung

Nur in Bezug auf folgenden Sachverhalt:

### Wer soll die Post erhalten?

Wenn der gesamte Schriftverkehr an die bevollmächtigte Person gehen soll, müssen Sie nichts weiter tun. Möchten Sie unsere Post weiterhin erhalten, dann kreuzen Sie bitte dieses Feld an:

**Bitte senden Sie die gesamte Post an mich.** Ich informiere die bevollmächtigte Person über den Inhalt.

Die Vollmacht ist wirksam bis sie schriftlich widerrufen wird. Dies gilt **grundsätzlich** auch **über den Tod hinaus**. Wenn Sie das nicht wünschen, dann können Sie dies hier ausschließen:

Die Vollmacht gilt nur zu Lebzeiten.

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Ort, Datum:

Unterschrift des Vollmachtgebers:

## Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

### Per Post:

Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

### Per E-Mail:

Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

### Per App MOBIL ME:

Unterlagen fotografieren  
und hochladen