



# Vollmacht

## zur Abrechnung mit privaten Kranken- und Pflegekassen sowie der Beihilfestelle

zwischen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

(im Folgenden „Vollmachtgeber“ genannt)

und

**PKV-Versorgungswerk  
Inh. Christof Helsberg**

**Spadener Str. 95B,  
27578 Bremerhaven**

**Steuernummer: 75/228/00648**

(im Folgenden „Bevollmächtigter“ genannt)

### § 1 Umfang der Vollmacht

Der Vollmachtgeber erteilt dem Bevollmächtigten hiermit die Befugnis, in seinem Namen Abrechnungen und Anträge bei privaten Kranken- und Pflegekassen sowie der Beihilfestelle einzureichen. Dies umfasst insbesondere:

1. Die Erstellung und Einreichung von Rechnungen und Anträgen auf Erstattung.
2. Die Entgegennahme und Weiterleitung von Rückfragen oder Bescheiden.
3. Die Kommunikation mit den Kostenträgern im Rahmen der Abrechnung.
4. Einreichen von Pflegegradantrag oder Änderungsantrag.

### Wichtiger Hinweis

Der Bevollmächtigte ist nicht berechtigt, Erstattungsbeträge auf ein eigenes Konto entgegenzunehmen.  
Die Erstattung erfolgt ausschließlich auf das oben angegebene Konto des Vollmachtgebers.

## § 2 Datenschutz und Schweigepflicht

Der Bevollmächtigte verpflichtet sich, sämtliche personenbezogenen und sensiblen Daten des Vollmachtgebers vertraulich zu behandeln und ausschließlich zur Erfüllung der Abrechnungsaufgaben zu verwenden.

Die Weitergabe an Dritte ist untersagt, sofern dies nicht zur Durchführung der Abrechnung erforderlich ist.

## § 3 Dauer der Vollmacht

Diese Vollmacht gilt ab dem Datum der Unterschrift und bleibt gültig, bis sie vom Vollmachtgeber schriftlich widerrufen wird.

## § 4 Schlussbestimmungen

1. Diese Vollmacht ersetzt keine gesondert erforderlichen Einwilligungen der Kranken- und Pflegekassen oder der Beihilfestelle.
2. Änderungen oder Ergänzungen bedürfen der Schriftform.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Kunde) \_\_\_\_\_ Name (in Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_