Formular zurücksetzen

Envivas Krankenversicherung AG,
Gereonswall 68, 50670 Köln

envivas Krankenversicherung AG

Versicherungsnummer:

Vollmacht

Ich,

Name, Vorname, Titel | Geburtsdatum

Adresse

– nachfolgend „Vollmachtgeber“ genannt –

erteile hiermit im nachfolgend beschriebenen Umfang Vollmacht für

☐ Herrn ☐ Frau

Name, Vorname, Titel | Geburtsdatum

Adresse | Telefonnummer

– nachfolgend „bevollmächtigte Person“ genannt –

Die bevollmächtigte Person soll mich im Zusammenhang mit meinem Versicherungsverhältnis gegenüber der Envivas Krankenversicherung AG vertreten.

Die Vollmacht gilt ab sofort, bis ich sie gegenüber der Envivas Krankenversicherung AG widerrufe.

Gewünschte Inhalte bitte ankreuzen:

1. Gesamtvollmacht in Vertrags- und Leistungsangelegenheiten

Hinweis: Wenn Sie Gesamtvollmacht erteilen, geben Sie der bevollmächtigten Person alle Rechte, den Vertrag zu verwalten und zu ändern. Wenn Sie dies nicht möchten, kreuzen Sie bitte weiter unten bei den Einzelvollmachten an, welche Rechte die bevollmächtigte Person erhalten soll.

☐ Ja, ich möchte eine **Gesamtvollmacht** erteilen. Die bevollmächtigte Person darf:

- Auskünfte zum Versicherungsvertrag einschließlich der Leistungsabrechnungen erhalten
- rechtsverbindliche Willenserklärungen zum Versicherungsvertrag, zur Leistungsbearbeitung und zur Zahlung der Beiträge abgeben und entgegennehmen
- den Schriftwechsel führen und entgegennehmen. In diesem Fall werden wir den Schriftwechsel nur an die bevollmächtigte Person adressieren. Ein Empfang der Korrespondenz in digitaler Form, z. B. in der **EnvivasApp**, ist dann nicht mehr möglich.
- eine andere Kontoverbindung zur Auszahlung von Versicherungsleistungen und zur Abbuchung von Versicherungsbeiträgen bestimmen
- Zusätzlich darf die bevollmächtigte Person dann, wenn Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung geprüft werden sollen:

  Erklärungen in meinem Namen abgeben zur Entbindung schweigepflichtiger Stellen (z. B. behandelnde Ärzte, Versicherungsunternehmen) von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, soweit dies erforderlich ist

2. Einzelvollmacht in Leistungsangelegenheiten

Die bevollmächtigte Person darf:

☐ a) **Auskünfte** in allen Leistungsangelegenheiten einholen (telefonisch oder schriftlich)

☐ b) mich in allen Leistungsangelegenheiten **vertreten** (z. B. Einreichen von Rechnungen, Einholung von Kostenzusagen)

☐ c) eine **Kontoverbindung** zur Auszahlung von Versicherungsleistungen bestimmen

☐ d) die **Korrespondenz** erhalten im Zusammenhang mit Leistungsfällen aus meinem Versicherungsverhältnis bei der Envivas Krankenversicherung AG (z. B. Leistungsabrechnungen). In diesem Fall werden wir den Schriftwechsel an die bevollmächtigte Person adressieren. Ein Empfang der Korrespondenz in digitaler Form, z. B. in der **EnvivasApp**, ist dann nicht mehr möglich.

Zusätzlich darf die bevollmächtigte Person dann, wenn Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung geprüft werden sollen:

☐ e) Erklärungen in meinem Namen abgeben zur Entbindung schweigepflichtiger Stellen (z. B. behandelnde Ärzte, Versicherungsunternehmen) von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, soweit dies erforderlich ist

3. Einzelvollmacht in Vertragsangelegenheiten:

Die bevollmächtigte Person darf:

☐ a) **Auskünfte** in allen Vertragsangelegenheiten erhalten (telefonisch oder schriftlich)

☐ b) mich in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit meinem Versicherungsvertrag **vertreten** (z. B. rechtsverbindliche Willenserklärungen abgeben, Bescheinigungen anfordern)

☐ c) eine **Kontoverbindung** zur Abbuchung von Versicherungsbeiträgen bestimmen

☐ d) die **Korrespondenz** im Zusammenhang mit allen Angelegenheiten zu meinem Versicherungsvertrag erhalten (z. B. Nachträge zum Versicherungsschein/Allgemeine Bescheinigungen). In diesem Fall werden wir den Schriftwechsel an die bevollmächtigte Person adressieren. Ein Empfang der Korrespondenz in digitaler Form, z. B. in der **EnvivasApp**, ist dann nicht mehr möglich.

4. Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde die für die Envivas Krankenversicherung AG tätigen Personen zur Durchführung dieser Vollmacht gegenüber der bevollmächtigten Person von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass sie der bevollmächtigten Person die zur Bearbeitung meiner Versicherungsangelegenheiten notwendigen Auskünfte und medizinischen Unterlagen zur Verfügung stellen. Mir ist bewusst, dass in den Auskünften und medizinischen Unterlagen meine Gesundheitsdaten enthalten sind.

Meine vorstehenden Erklärungen kann ich jederzeit, ganz oder teilweise, ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen unter Envivas Krankenversicherung AG, Gereonswall 68, 50670 Köln, info@envivas.de, telefonisch unter 0221 - 27 14 05 70 oder per Formular unter https://www.envivas.de/service/kontakt/kontaktformular. Mein Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit der Durchführung der Vollmacht bis zum Zugang des Widerrufs bei der Envivas Krankenversicherung AG.

5. Außerdem erkläre ich:

☐ Diese Vollmacht und die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht gelten über meinen Tod hinaus.

☐ Weitere Vollmachten, die ich zugunsten der hier bevollmächtigten Person oder anderer Personen gegenüber der Envivas Krankenversicherung AG erteilt habe, widerrufe ich hiermit.

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Erklärung der bevollmächtigten Person

Ich bin mit den Inhalten der obigen Vollmacht einverstanden.

Mir ist bewusst, dass die Envivas Krankenversicherung AG die oben genannten Personendaten zur Durchführung der Vollmacht speichert und verwendet. Detaillierte Informationen zum Datenschutz und meinen diesbezüglichen Rechten kann ich nachlesen unter https://www.envivas.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person

Drucken