

Absender

Beihilfenummer

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste  
70636 Stuttgart

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

### Erteilung einer Vollmacht – Exemplar für die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)

---

**Ich (Vollmachtgeber/in)**

Name, Vorname

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

**bevollmächtigte Frau/Herrn (Bevollmächtigte/r)**

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 Bundesbeihilfeverordnung,
- der PBeaKK, sofern eine Zusatzversicherung besteht und/oder die private Pflegepflichtversicherung dort geführt wird.

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

Die/Der Bevollmächtigte ist berechtigt, die mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Leistungserbringer von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Die/Der Bevollmächtigte 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 des/der Bevollmächtigten 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 Vollmachtgeber/in

---

 Datum, Unterschrift der/des Bevollmächtigten

Absender

Beihilfenummer

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste  
70636 Stuttgart

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für Beihilfeberechtigte, die nicht bei der  
PBeaKK versichert sind

---

### Erteilung einer Vollmacht – Exemplar für den/die Bevollmächtigte/n

---

**Ich (Vollmachtgeber/in)**

Name, Vorname

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

**bevollmächtigte Frau/Herrn (Bevollmächtigte/r)**

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 Bundesbeihilfeverordnung,
- der PBeaKK, sofern eine Zusatzversicherung besteht und/oder die private Pflegepflichtversicherung dort geführt wird

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

Die/Der Bevollmächtigte ist berechtigt, die mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Leistungserbringer von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Die/der Bevollmächtigte 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 des/der Bevollmächtigten 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 Vollmachtgeber/in

---

 Datum, Unterschrift der/des Bevollmächtigten

Absender

Beihilfenummer

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste  
70636 Stuttgart

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für Beihilfeberechtigte, die nicht bei der  
PBeaKK versichert sind

### Erteilung einer Vollmacht – Exemplar für den/die Vollmachtgeber/in

#### Ich (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

#### bevollmächtigte Frau/Herrn (Bevollmächtigte/r)

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 Bundesbeihilfeverordnung,
- der PBeaKK, sofern eine Zusatzversicherung besteht und/oder die private Pflegepflichtversicherung dort geführt wird.

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

Die/Der Bevollmächtigte ist berechtigt, die mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Leistungserbringer von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Die/Der Bevollmächtigte 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 des/der Bevollmächtigten 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 Vollmachtgeber/in

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/des Bevollmächtigten

---

## Erläuterungen zur Erteilung einer Vollmacht

### Warum sollte ich jemanden bevollmächtigen?

Die Erteilung einer Vollmacht empfiehlt sich, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sind, sich um Ihre Angelegenheiten mit der PBeaKK selbst zu kümmern. Sie können auch aus anderen Gründen eine Person Ihres Vertrauens mit der Regelung Ihrer Angelegenheiten beauftragen. Selbstverständlich können Sie als Vollmachtgeber auch nach der Erteilung einer Vollmacht selbstständig handeln.

### 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 Angelegenheiten im Zusammenhang mit der PBeaKK zu erledigen. Diese Person kann für Sie Leistungen der Beihilfe beantragen. Sofern für Sie eine Zusatzversicherung (ZV) bei der PBeaKK besteht und/oder Ihre privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) dort geführt wird, gilt dies auch für die Beantragung von Leistungen aus der ZV und PPV. 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, darf Sie aber grundsätzlich nicht in einem Klageverfahren vertreten. 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 weiterzuleiten.

Wenn Sie eine weitere Person bevollmächtigen möchten, ist dafür ein separates Formular erforderlich. Die Option der grundsätzlichen Zusendung des Schriftwechsels ist aber immer nur an einen Bevollmächtigten möglich.

### 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?

Bei der Bevollmächtigung haben Sie die Möglichkeit auszuwählen, dass der Schriftwechsel mit der von Ihnen bevollmächtigten Person geführt wird. Sie persönlich erhalten dann keinerlei Schreiben mehr von uns.

Wenn Sie dieses Auswahlfeld nicht ankreuzen erhalten Sie selbst - wie bisher - den gesamten Schriftwechsel. Sollten Sie später wünschen, dass wir den Schriftwechsel mit der von Ihnen bevollmächtigten Person führen, ist dies problemlos möglich. Eine schriftliche und unterschriebene Mitteilung an uns genügt hierzu. Wir senden den gesamten Schriftwechsel ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung an die bevollmächtigte Person. Diese Mitteilung können Sie selbst abgeben. Wir können aber auch eine von der bevollmächtigten Person abgegebene und von ihr unterschriebene Mitteilung akzeptieren.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

---