



**Vollmacht für die Pflegepflichtversicherung PPV**  
**Bitte bei Bedarf verwenden**

Versicherungsschein-Nr.: PPV \_\_\_\_\_

**Angaben zum Vollmachtgeber (pflegebedürftige Person):**

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift

**Ich bevollmächtige bis auf Widerruf (Bevollmächtigte/r)**

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

mich in allen Leistungsangelegenheiten der PPV gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. zu vertreten, dazu zählen

- Abgabe von Anzeigen und Erklärungen
- Empfang von Leistungsbescheiden
- Empfang von Gutachten
- Führen von Schriftwechsel

Die Vollmacht berechtigt jedoch nicht zur Entgegennahme von Geldzahlungen. Versicherungsleistungen werden auf das vom Versicherungsnehmer angegebene Konto überwiesen.

Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, ihre/seine Vollmacht ganz oder teilweise auf andere Personen zu übertragen. Die Vollmacht soll auch über meinen Tod hinaus wirksam sein.

Zugleich werden Mitarbeiter/innen des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. von ihrer Schweigepflicht befreit und ermächtigt, der/dem Bevollmächtigten umfassend Auskunft zu den Leistungsangelegenheiten der PPV zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten (dient zum Abgleich der Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Vollmachtgebers (dient zum Abgleich der Unterschrift)