

Vollmacht zur Einholung von Auskünften

Hiermit bevollmächtige ich als

1. Vollmachtgeber

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Herrn/ Frau als

2. Vollmachtnehmer

Name, Vorname _____

Anschrift _____

VEP-Nr. _____

Telefon/Telefax _____

E-Mail _____

3. Auskünfte zum Antrag auf bzw. zur Leistung

Bezeichnung des Rechtsgeschäfts
(z. B. Rollstuhlverordnung, Krankengeldzahlung)

Verordnungs-, Antrags- bzw.
Leistungsdatum _____

für
(Name des Mitgliedes bzw.
Familienangehörigen) _____

bei der Continentale Betriebskrankenkasse einzuholen.

4. Als Vollmachtgeber erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung, Daten aus dem Sozialversicherungsverhältnis zur Continentalen BKK, die zur oben genannten Auskunftserteilung erforderlich sind - soweit es keine Gesundheitsdaten sind - an den oben genannten Vollmachtnehmer zu übermitteln.

Diese Vollmacht ist **einmalig** für die Erteilung von Auskünften bezogen auf das o. g. Rechtsgeschäft (z.B. Hilfsmittelantrag) gültig. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich gegenüber der Continentale BKK widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers
(Mitglied bzw. Familienangehöriger **ab 15 Jahre**)

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtnehmers