Vollmacht zur Einholung von Auskünften bei der Continentale BKK

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber	
Nachname:	Vorname:
Straße, Hausnr.:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Versichertennummer: (Ist der eGK zu entnehmen)

den Continentale Vertriebspartner (Conti-Partner) als Vollmachtnehmer
VEP-Nr.:
Firma:
Straße, Hausnr:
PLZ, Ort:
Telefon-Nr.:
E-Mail der Agentur:

<u>Umfang der Vollmacht</u>

Abschnitt 1: Allgemeine Auskünfte	
☐ Allgemeine Auskünfte zur bestehenden Mitgliedschaft (keine Gesundheitsdaten)	☐ Auskünfte zu Stammdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum)
☐ Auskünfte zur Beitragseinstufung (inkl. Beitragsbescheide)	☐ Bescheinigung anstelle eGK
☐ Auskünfte zu Beitragsauszahlungen	☐ Auskünfte zu Bankdaten bezogen auf vorgenanntes Mitglied
☐ Auskünfte zu Beitragseinzahlungen	☐ Versicherungszeitenbescheinigung

Abschnitt 2: Auskünfte zur Leistung	
☐ zum Krankengeld (Info bzgl. AU-Zeitraum, Höhe u. Auszahlungstag der Krankengeldzahlung, zum Auszahlungsstand & zur Überweisung auf das Konto des Mitgliedes)	☐ Auskünfte zum Antrag auf teilweise Befreiung (z. B. für Zuzahlungen) inklusive Erstattungsdatum, Ablehnungsgrund einer Erstattung, fehlende Unterlagen
☐ Hilfsmittel (Informationen zum Bearbeitungsstand, fehlende Unterlagen sowie Hilfsmittelgutachten des Medizinischen Dienst)	☐ zum Pflege(-Grad) ☐ Verhinderungspflege ☐ häusl. Krankenpflege ☐ Pflegehilfsmittel ☐ Kurzzeitpflege
☐ Sonstige Leistungen (bitte konkretisieren; Leistung einzeln aufführen):	

oder

Abschnitt 3: Einmalige Einwilligung

☐ Auskünfte zum Antrag auf bzw. Leistungen für folgende Rechtsgeschäfte:
(z. B. Hilfsmittelantrag, Rollstuhlverordnung, Krankengeldzahlung)

☐ Verordnungs-, Antrags- bzw. Leistungsdatum für:
(Bitte explizit die Leistung sowie Name des Mitgliedes bzw. Familienangehörigen nennen)

Diese Vollmacht ist einmalig für die Erteilung von Auskünften bezogen auf den vorgenannten Antrag gültig.

Als Vollmachtgeber erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung, lediglich Daten zu den oben genannten Auskunftszwecken aus dem Sozialversicherungsverhältnis zur Betriebskrankenkasse (§ 35 SGB I), an den oben genannten Vollmachtnehmer telefonisch zu erteilen oder verschlüsselt zu übermitteln.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder telefonisch gegenüber der

Continentale BKK | Sengelmannstr. 120 | 22335 Hamburg |
Telefon: 040 526 777-0 | Fax: 040 526777-1125 | datenschutz@continentale-bkk.de

widerrufen werden. Der Widerruf hat zur Folge, dass der o. g. Vollmachtnehmer keine Auskünfte erhält.

Angaben zur Gültigkeit der Vollmacht:

Die Vollmacht ist in der Regel ab dem Tag wirksam, an dem sie bei uns eingeht. Sie gilt, bis Sie diese widerrufen. Sie bleibt grundsätzlich auch nach Ihrem Tod wirksam. Nur Ihre Rechtsnachfolgerin bzw. Ihr Rechtsnachfolger kann dann die Vollmacht widerrufen. Wenn Sie das nicht wollen, kreuzen Sie einfach die passenden folgenden Aussagen an.

☐ Diese Vollmacht ist gültig ab:

☐ Diese Vollmacht ist gültig bis:

☐ Diese Vollmacht gilt, solange ich lebe.

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben und Unterschrift des **Vollmachtgebers** (Mitglied bzw. Familienangehöriger ab 15 Jahre)

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben und Unterschrift des **Vollmachtnehmers** (Inhaber/Conti Partner)