

# Auskunftsvollmacht

Gleich  
ausfüllen  
und  
absenden

## 1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

## 2. Angaben zur bevollmächtigten Person

Frau  Mann  Divers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

## 3. Angaben zur Art der Vollmacht

Die bevollmächtigte Person darf in folgenden Bereichen **Auskünfte** über mich erhalten:

Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung

Nur in Bezug auf folgenden Sachverhalt:

Diese Vollmacht gilt bis zum Widerruf oder Tod.

Diese Vollmacht gilt bis zum (Datum):

**Zu Ihrer Information:** Bei dieser Vollmacht handelt es sich um eine Auskunftsvollmacht. Die Kommunikation und der Schriftverkehr erfolgt weiterhin vorrangig mit dem Vollmachtgeber. Soll die bevollmächtigte Person an Ihrer Stelle für Sie handeln, so verwenden Sie bitte den Vordruck „Verfahrensvollmacht“.

Ort, Datum:

Unterschrift des Vollmachtgebers:

## Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

**Per Post:**  
Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

**Per E-Mail:**  
Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per App MOBIL ME:**  
Unterlagen fotografieren  
und hochladen