

Versicherungsnummer:



Gesundheit bewegt uns.

## Vollmacht und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich,

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

– nachfolgend „Vollmachtgeber“ genannt –

**erteile hiermit im nachfolgend beschriebenen Umfang Vollmacht für**

Herrn  Frau

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (freiwillig)

– nachfolgend „bevollmächtigte Person“ genannt –

Die oben genannte Person wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen nachstehend aufgeführten Angelegenheiten gegenüber der Central Krankenversicherung AG zu vertreten (nicht gewünschte Inhalte bitte streichen):

- Vertretung in allen Angelegenheiten, die Leistungsfragen im Zusammenhang mit meinem Versicherungsverhältnis bei der Central Krankenversicherung AG betreffen (z. B. Einreichen von Rechnungen, Einholung von Kostenzusagen)
- Bestimmung einer anderen Kontoverbindung zur Auszahlung von Versicherungsleistungen
- Bestimmung, dass sämtliche Korrespondenz im Zusammenhang mit Leistungsfragen aus meinem Versicherungsverhältnis bei der Central Krankenversicherung AG mit der bevollmächtigten Person über deren Anschrift erfolgen soll
- Abgabe von Erklärungen in meinem Namen zur Entbindung von schweigepflichtigen Stellen (z. B. behandelnde Ärzte, Central) von Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zum Zwecke der Prüfung und Abwicklung von Leistungsansprüchen
- Erteilung von Untervollmachten im Einzelfall

Außerdem erkläre ich:

Ich entbinde die Mitarbeiter/innen der Central in diesem Zusammenhang von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass sie der bevollmächtigten Person die zur Bearbeitung meiner Versicherungsangelegenheiten notwendigen Auskünfte und medizinischen Unterlagen zur Verfügung stellen. Mir ist bewusst, dass in den Auskünften und medizinischen Unterlagen meine Gesundheitsdaten enthalten sind.

- Die Vollmacht und die Entbindung der Schweigepflicht gelten über meinen Tod hinaus.
- Weitere Vollmachten, die ich gegenüber der Central angezeigt habe, werden hiermit widerrufen, soweit Sie sich inhaltlich mit der vorliegenden Vollmacht decken.

Die vorstehenden Erklärungen kann ich jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen unter Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, 0221-1636-0, info@central.de oder www.central.de. Mein Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit der Durchführung meiner Vollmacht bis zum Zugang des Widerrufs bei der Central Krankenversicherung AG.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

## **Erklärung der bevollmächtigten Person**

Ich bin mit den Inhalten der obigen Vollmacht einverstanden.

Mir ist bewusst, dass die Central Krankenversicherung AG meine oben genannten Personendaten zur Durchführung der Vollmacht speichert und verwendet. Detaillierte Informationen zum Datenschutz und meinen diesbezüglichen Rechten kann ich nachlesen unter [www.central.de/dsgvo](http://www.central.de/dsgvo).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der bevollmächtigten Person