

## VOLLMACHT

Hiermit erteile ich dem Rentenberater

**Karl-Heinz Ackermann**

*Walwanusstraße 25, 17033 Neubrandenburg,*

den Auftrag und die Vollmacht zu meiner Vertretung in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten. Die Vollmacht umfasst das Verhandeln, die Abgabe und Entgegennahme von Erklärungen, Bescheiden und Rechtsmitteln einschließlich einer evtl. notwendigen Klage vor dem Sozialgericht und Berufung vor dem Landessozialgericht.

Soweit dies zur Verfolgung meiner Ansprüche erforderlich ist, befreie ich die mich jetzt oder früher behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht. Das Gleiche gilt für die Herausgabe von ärztlichen Unterlagen und Informationen durch Behörden, Versicherungsträger, Versicherungsgesellschaften usw.

Diese Vollmacht beinhaltet auch die Genehmigung, Untervollmachten zu erteilen und Kostenerstattungen von Dritten anzunehmen.

Ich bestätige, dass ich die „Information für Betroffene, bei denen die Krankenkasse die Kostenübernahme eines Eversense rCGM Systems abgelehnt hat – Stand 15.02.2018“ gelesen habe und mit dem Inhalt einverstanden bin.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht innerhalb von zwei Wochen widerrufen kann. Ich verzichte auf dieses Recht und möchte, dass mein Vorgang sofort bearbeitet wird.

Ich möchte mir diese Möglichkeit erhalten und bin damit einverstanden, dass die Bearbeitung zwei Wochen zurückgestellt wird. (Anm. bitte nach Möglichkeit nicht ankreuzen, weil sonst ein fristgerechter Widerspruch u.U. nicht möglich ist. Diese Option ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung anzubieten).

Vollmachtgeber:

---

---

Versicherungsträger und Aktenzeichen:

---

---

Datum

Unterschrift