

# VOLLMACHT FÜR AKTENEINSICHT UND AUSKUNFT

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber/-in den/die nachstehende Vollmachtnehmer/-in, Einsicht in die Akten meines Versicherungsfalles zu nehmen, bzw. Auskünfte darüber einzuholen beim

Sozialversicherungszentrum Thurgau  
St. Gallerstrasse 11  
Postfach  
8501 Frauenfeld

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig

---

## Vollmachtnehmer/-in

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

## Vollmachtgeber/-in (Leistungsbezüger/-in)

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein entsprechendes Arzteugnis beizulegen.