

# VOLLMACHT

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/-in den/die nachstehende Vollmachtnehmer/-in, meine Interessen in Bezug auf Leistungen gegenüber dem

Sozialversicherungszentrum Thurgau  
St. Gallerstrasse 11  
Postfach  
8501 Frauenfeld

zu vertreten

Im Umfang der vorliegenden Vollmacht befreie ich das Sozialversicherungszentrum Thurgau, 8501 Frauenfeld, von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem/der Vollmachtnehmer/-in und ermächtige es, diesen Akteneinsicht zu gewähren.

Es ist mir als Vollmachtgeber/-in und der nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichneten Person bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Höhe der Leistungen beeinflussen können. Wir werden wirtschaftliche und persönliche Änderungen sofort und unaufgefordert dem Sozialversicherungszentrum Thurgau melden.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzuerstatten sind.

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 Arztzeugnis beizulegen.