

Vollmacht

Nach erfolgter Identitätsprüfung (Pass, ID, etc.) ermächtige ich, _____, folgende Person
Auskünfte in meinem Namen direkt einzuholen.

Frau Herr

Name:..... Vorname:.....

Strasse/Nr.:..... PLZ/Wohnort:..... Kanton:.....

Tel.-Nr.:..... Email:.....

Gültigkeitsdauer der Vollmacht von _____ bis _____

Die personen- oder gesundheitsbezogenen Auskünfte, Informationen oder Unterlagen müssen in einem
(unmittelbaren) Zusammenhang stehen mit:

Krankheit Unfall Anderes (Prämien, Kostenbeteiligungen, Steuerangelegenheiten, usw.)

Alle obengenannten Angelegenheiten

Weitere Einschränkungen zu obengenannten Angelegenheiten: _____

Administrative Zustelladresse

Ich wünsche, dass sämtliche Korrespondenz meinerseits (Prämien, Kostenbeteiligungen, Policen,
Versicherungskarte, usw.) an obengenannte Person zugestellt wird.

Ja, für den Zeitraum von _____ bis _____

Nein

Eine Rücknahme der Bevollmächtigung als administrative Zustelladresse ist jederzeit möglich

Versicherte Person

Frau Herr

Name:..... Vorname:.....

Strasse/Nr.:..... PLZ/Wohnort:..... Kanton:.....

Geburtsdatum:..... Versicherungsnummer:.....

Tel.-Nr.:..... Email:.....

Im Rahmen des von mir erwähnten Zusammenhanges bin ich damit einverstanden, dass sich die entsprechende Informationen, Auskünfte oder
Unterlagen auf die Zeit von _____ bis _____ beziehen dürfen. Ich entbinde hiermit den im Briefkopf aufgeführten Versicherer und alle
zuständigen Mitarbeiter vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Versicherungsnehmer/in

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Bevollmächtigte/er