

Einzelvollmacht

Versicherte Person (Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin)

Versicherten-Nr.:

Vorname:

Name:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Bitte legen Sie zwingend eine Kopie Ihres amtlichen Ausweises
(Pass/ID/usw.) bei. Dies dient der Identifikation des Vollmachtgebers.

Durch mich bevollmächtigte Privatperson

Vorname:

Name:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Hiermit erkläre ich, dass die bevollmächtigte Person gegenüber der SLKK in meinen Versicherungsangelegenheiten tätig werden und dabei die folgenden Handlungen in meinem Namen vornehmen darf:

1. Versicherungsänderungen

(z. B. Deckungsänderungen, Kündigung, Neuabschluss eines Vertrages usw.)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

im Zusammenhang mit der Grundversicherung

im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen

Erteilen und Einholen von **Auskünften** einschliesslich die Geltendmachung des Auskunftsrechts nach Art. 8 DSGVO

Zutreffendes bitte ankreuzen:

im Zusammenhang mit der Grundversicherung

im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen

Weitere Handlungen

Bitte führen Sie aus, welche Handlungen die bevollmächtigte Person in Ihrem Namen vornehmen darf:

Die nicht angekreuzten Handlungen dürfen wie bisher ausschliesslich durch mich vorgenommen werden.

2. Dokumente

Hiermit erkläre ich, dass die bevollmächtigte Person in meinem Namen die unten angekreuzten Dokumente und sonstigen Informationen betreffend meiner

Grundversicherung

Zusatzversicherungen

von der SLKK einfordern und erhalten darf.

Prämienrechnungen/-Gutschriften inklusive Prämienmahnungen und -ausstände

Heilungskostenabrechnungen/-Gutschriften inklusive Mahnungen/Ausstände für Kostenbeteiligungen

Versicherungsausweis/-police

Kostengutsprachen

Auskunft über alle bei der SLKK über mich bearbeiteten Personendaten nach Art. 8 DSGVO

Sämtliche Mitteilungen/Korrespondenz

Medizinische Unterlagen (z. B. Austritts-, Operationsberichte usw.)

Die nicht angekreuzten Unterlagen müssen weiterhin an mich zugestellt werden.

