

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 Informationen betreffend meiner

Grundversicherung

Zusatzversicherungen

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.)

auf Verlangen von der SLKK einfordern darf.

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

