

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:.....

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:.....

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 ausschliesslich gegenüber dem Vollmachtnehmer (Bevollmächtigter).

.....
Ort und Datum:

.....
Unterschrift Versicherungsnehmer/in:

.....
Ort und Datum:

.....
Unterschrift Bevollmächtigte/er: