

Vollmachtserklärung

Personalien versicherten Person (Vollmachtgeber/in)

Vorname: _____

Name: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Versicherten-Nr.: _____

Festnetz-Nr.: _____

E-Mail: _____

Handy-Nr.: _____

Bevollmächtigte Person:

Vorname: _____

Name: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Festnetz-Nr.: _____

E-Mail: _____

Handy-Nr.: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Ich bevollmächtige obengenannte Person, in Versicherungsangelegenheiten der Sumiswalder Krankenkasse folgende Rechtshandlungen vorzunehmen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Persönliche Angaben ändern (z.B. Name, Adresse, Zahlungsverbindung usw.)
- ☐ Vornehmen von Vertragsänderungen (z.B. Jahresfranchise, Unfalldeckung, Hausarzt-/Modellwechsel)
- ☐ Einholen von personen- und gesundheitsbezogenen Auskünften
- ☐ Kündigung der Grundversicherung
- ☐ Kündigung der Zusatzversicherung(en)
- ☐ Empfangen sämtlicher Korrespondenz ab sofort

Leistungszahlungen und Prämienrückerstattungen

- ☐ zugunsten der bestehenden Zahlungsverbindung
- ☐ zugunsten der Zahlungsverbindung des Bevollmächtigten IBAN: CH__ - - - - -

Die vorliegende Vollmacht gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort / Datum _____

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift der bevollmächtigten Person
