

Vollmachtserklärung

Personalien

Bitte vollständig ausfüllen

 Frau Herr_____
Vorname, Name_____
Strasse, Nr._____
PLZ, Ort_____
Telefon_____
E-Mail

Gültigkeitsdauer der Vollmacht

Von

Bis

Die personen- oder gesundheitsbezogenen Auskünfte, Informationen oder Unterlagen müssen in einem (unmittelbaren) Zusammenhang stehen mit Prämien, Kostenbeteiligungen oder Steuerangelegenheiten.

Administrative Zustelladresse

Ich wünsche, dass sämtliche Korrespondenz meinerseits (Prämien, Kostenbeteiligungen, Policen usw.) an obengenannte Person zugestellt wird. (Ausgenommen Versichertenkarte, Mahnungen). Die Bank- oder Postverbindung bleibt dabei unverändert.

 Ja Nein

Gültigkeitsdauer der administrativen Zustelladresse

Von

Bis

(Eine Rücknahme der Bevollmächtigung als administrative Zustelladresse ist jederzeit möglich.)

Versicherte Person

Vers.-Nr.

Vorname, Name_____
Strasse, Nr._____
PLZ, Ort_____
Telefon_____
E-Mail

Im Rahmen des von mir erwähnten Zusammenhangs bin ich damit einverstanden, dass sich die entsprechende Informationen, Auskünfte oder Unterlagen während der Gültigkeitsdauer der Vollmacht beziehen dürfen. Ich entbinde die GALENOS und alle zuständigen Mitarbeiter vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer Schweigepflicht.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Ort und Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/er

Bitte das ausgefüllte Formular an GALENOS Kranken- und Unfallversicherung, Militärstrasse 36, Postfach, 8021 Zürich zustellen. Vielen Dank.