

Vollmachtserklärung

Personalien	
Versicherten-Nr.:	PLZ/Ort:
Name/Vorname:	Tel. privat/Geschäft
Geburtsdatum:	E-Mail:
Strasse:	

Bevollmächtigt die untenstehende Person	
Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ/Ort:
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	Tel. privat/Geschäft
Geburtsdatum:	E-Mail:

In Versicherungsangelegenheiten der Visana-Gruppe (Visana Versicherungen AG, Visana AG, Sana24 AG, vivacare AG und Galenos AG) tätig zu werden und folgende Handlungen vorzunehmen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| ☐ Vornehmen von Versicherungsänderungen | ☐ Empfangen sämtlicher Korrespondenz |
| ☐ Einreichen von Kündigungen | ODER (nur eine Auswahl möglich) |
| ☐ Zahlungsverbindung ändern | ☐ Empfangen folgender Korrespondenz |
| ☐ Auskünfte (ohne medizinische/gesundheitsbezogene Daten) | ☐ Versicherungspolice/Offerten/Klebeetikette/Versichertenkarte |
| ☐ Auskünfte (inklusive medizinische/gesundheitsbezogene Daten) | ☐ Kundenzeitschrift |
| | ☐ Prämienrechnungen |
| | ☐ Leistungsabrechnungen/Kostenbeteiligungsrechnungen |
| | ☐ individuelle Korrespondenzen (kann medizinische Angaben enthalten) |

Leistungen und Prämienrückerstattungen sind:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ zu Gunsten der bestehenden Zahlungsverbindung zu erstatten
- ☐ zu Gunsten der Zahlungsverbindung **des Bevollmächtigten** zu erstatten

IBAN:

CH

Der vorliegende Auftrag gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf. Die vollmachtgebende Person entbindet hiermit die Visana-Gruppe und ihre Mitarbeitenden – im Rahmen der erteilten Vollmacht – vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der vollmachtnehmenden Person zur Erfüllung der gewünschten Dienstleistungen.

Ort/Datum:	Unterschrift der bevollmächtigten Person:
Unterschrift der versicherten Person:	

Dem ausgefüllten und unterschriebenen Formular ist eine **Kopie eines amtlichen Ausweises** der vollmachtgebenden Person beizulegen.

