

Vollmachtserklärung für Beistände / Vormünder / Vertretervollmacht (Kinder-Eltern)

Personalien	
Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse/Nr.:	Telefon-Nr.:
PLZ/Ort:	Versicherten-Nr:

bevollmächtigt die unten stehende Person	
Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse/Nr.:	Telefon-Nr.:
PLZ/Ort:	E-Mail:

in Versicherungsangelegenheiten der sodalis gesundheitsgruppe tätig zu werden und folgende Handlungen vorzunehmen (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Einholen von Auskünften (exkl. medizinische Daten) <input type="checkbox"/> Einholen von Auskünften (inkl. medizinische Daten) <input type="checkbox"/> Vornehmen von Versicherungsänderungen <input type="checkbox"/> Zahlungsverbindung ändern	<input type="checkbox"/> Empfangen folgender Korrespondenz: <input type="checkbox"/> Versicherungspolicen <input type="checkbox"/> Prämienrechnungen <input type="checkbox"/> Leistungsabrechnungen

Leistungszahlungen und Prämienrückerstattungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/> zugunsten der bestehenden Zahlungsverbindung <input type="checkbox"/> zugunsten der Zahlungsverbindung des Bevollmächtigten IBAN: CH <input type="text"/>

Der vorliegende Auftrag gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort / Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person:

Unterschrift der bevollmächtigten Person:
