sodalis
gesundheitsgruppe

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

Personalien	
Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse/Nr.:	Telefon-Nr.:
PLZ/Ort:	Versicherten-Nr:
bevollmächtigt die untenstehende Person	
Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse/Nr.:	Telefon-Nr.:
PLZ/Ort:	E-Mail:
in Versicherungsangelegenheiten der sodalis gesundheitsgruppe tätig zu werden und folgende Handlungen vorzunehmen	
Zutreffende Optionen bitte ankreuzen ☐ Einholen von Auskünften (exkl. medizinische Daten) ☐ Einholen von Auskünften (inkl. medizinische Daten) ☐ Die bevollmächtigte Person ist berechtigt Kopien der verlangten Auskünfte zu erhalten ☐ Vornehmen von Versicherungsänderungen ☐ Zahlungsverbindung ändern	**Falls nicht gewünscht bitte leer lassen** ☐ Sämtliche Korrespondenz inkl. medizinische Daten wird nur noch an die Adresse der bevollmächtigten Person zugestellt
Leistungszahlungen und Prämienrückerstattungen	
Falls nicht gewünscht bitte leer lassen ☐ Sämtliche Rückerstattungen zugunsten der Zahlungsverbindung der bevollmächtigten Person. (Konto lautend auf die bevollmächtigte Person) IBAN: **CH**	

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

Ort / Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person: _____

Unterschrift der bevollmächtigten Person: _____