

Vollmacht

Versicherungsnehmer:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Vollmacht für Postsendungen sowie Auskunftserteilungen:

Der/die Unterzeichnende (Vollmachtgeber) beauftragt Sanitas, dem unten erwähnten Amt oder der untenstehenden Person folgende Informationen zu übermitteln:

- Prämienrechnungen
- Leistungsabrechnungen
- Sämtliche Korrespondenz betreffend obligatorischer Grundversicherung und Zusatzversicherungen
- Auskünfte (exkl. medizinischer)
- Auskünfte (inkl. medizinischer)
- Auszahlungen

Vollmacht nur für Auskunftserteilungen:

Der/die Unterzeichnende (Vollmachtgeber) beauftragt Sanitas, dem unten erwähnten Amt oder der untenstehenden Person Auskünfte zu folgenden Punkten zu geben:

- Prämienrechnungen
- Leistungsabrechnungen
- Sämtliche Korrespondenz betreffend obligatorischer Grundversicherung und Zusatzversicherungen
- Auskünfte (exkl. medizinischer)
- Auskünfte (inkl. medizinischer)
- Auszahlungen

Diese Vollmacht besteht für sämtliche Administrationen, Gesundheitsdaten, Leistungsfragen, Vertragsänderungen und gilt per sofort bis auf Widerruf.

Daten der bevollmächtigten Person:

Name, Vorname: _____

Amt: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Gültig ab: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Vollmachtgebers: _____

Bitte senden Sie uns das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück.

sanitas