

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