

Einzelvollmacht

Versicherte Person (Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin)

Versicherten-Nr.:

Vorname:

Name:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Bitte legen Sie zwingend eine Kopie Ihres amtlichen Ausweises (Pass/ID/usw.) bei.
Dies dient der Identifikation des Vollmachtgebers.

Durch mich bevollmächtigte Privatperson

Vorname:

Name:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Hiermit erkläre ich, dass die bevollmächtigte Person gegenüber der SLKK in meinen Versicherungsangelegenheiten tätig werden und dabei die folgenden Handlungen in meinem Namen vornehmen darf:

1. Versicherungsänderungen

(z. B. Deckungsänderungen, Kündigung, Neuabschluss eines Vertrages usw.)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

im Zusammenhang mit der Grundversicherung

im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen

Erteilen und Einholen von **Auskünften** einschliesslich die Geltendmachung des Auskunftsrechts nach Art. 8 DSGVO

Zutreffendes bitte ankreuzen:

im Zusammenhang mit der Grundversicherung

im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen

Weitere Handlungen

Bitte führen Sie aus, welche Handlungen die bevollmächtigte Person in Ihrem Namen vornehmen darf:

Die nicht angekreuzten Handlungen dürfen wie bisher ausschliesslich durch mich vorgenommen werden.