

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 DSG

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.

(z.B. bestimmte Einschränkungen der Auskunftserteilung)

Ich willige ein, dass die SLKK der bevollmächtigten Person im Rahmen dieser Vollmacht Informationen und Dokumente übermittelt, sofern dies für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen der erteilten Vollmacht notwendig ist. Die SLKK und ihre Mitarbeitenden entbinde ich gegenüber der bevollmächtigten Person im Rahmen dieser Vollmacht vollumfänglich von ihrem Berufsgeheimnis bzw. von ihrer Schweigepflicht.

Ich anerkenne hiermit alle gestützt auf diese Vollmacht vorgenommenen Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte der bevollmächtigten Person als für mich jederzeit rechtsverbindlich.

Die vorliegende Vollmacht gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person/Gesetzlicher Vertreter

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular im Original und die Kopie eines amtlichen Ausweises per Post an folgende Adresse:

Krankenkasse SLKK, Hofwiesenstrasse 370, 8050 Zürich