

## Einzelvollmacht

Versicherte Person (Vollmachtgeber/Voll	machtgeberin)
Versicherten-Nr.:	
Vorname:	Name:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Bitte legen Sie zwingend eine Kopie Ihres amtlichen A Dies dient der Identifikation des Vollmachtgebers.	Ausweises (Pass/ID/usw.) bei.
Durch mich bevollmächtigte Privatpersor	n
Vorname:	Name:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Geburtsdatum:
E-Mail:	
ten tätig werden und dabei die folgenden Handlunger  1. Versicherungsänderungen (z. B. Deckungsänderungen, Kündigung, Neuabschluss Zutreffendes bitte ankreuzen: im Zusammenhang mit der Grundversicherung	s eines Vertrages usw.) im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen
Zutreffendes bitte ankreuzen:	die Geltendmachung des Auskunftsrechts nach Art. 8 DSG
im Zusammenhang mit der Grundversicherung	im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen
Weitere Handlungen Bitte führen Sie aus, welche Handlungen die bevolli	mächtigte Person in Ihrem Namen vornehmen darf:

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







## 2. Dokumente

Hiermit erkläre ich.	dass die bevo	llmächtige	Person in	meinem	Namen	Informationen	hetreffend	meiner

Grundversicherung

Zusatzversicherungen

Prämienrechnungen/-Gutschriften inklusive Prämienmahnungen und -ausstände

Heilungskostenabrechnungen/-Gutschriften inklusive Mahnungen/Ausstände für Kostenbeteiligungen

Versicherungsausweis/-police

Kostengutsprachen

Auskunft über alle bei der SLKK über mich bearbeiteten Personendaten nach Art. 8 DSG

Sämtliche Mitteilungen/Korrespondenz

Medizinische Unterlagen (z. B. Austritts-, Operationsberichte usw.)

auf Verlangen von der SLKK einfordern darf.

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

## 3. Forderungen

Hiermit erkläre ich, dass die bevollmächtigte Person in meinem Namen die unten angekreuzten Forderungen betreffend meiner

Grundversicherung

Zusatzversicherungen

geltend machen und Zahlungen daraus entgegennehmen darf.

Durch Überweisung der offenen Prämienrückerstattungen und/oder Leistungsauszahlungen an die untenstehende Zahlungsverbindung der bevollmächtigten Person, erfüllt die SLKK ihre Leistungspflicht aus dem Versicherungsverhältnis zwischen der SLKK und meiner Person.

 $\label{prop:condition} Pr\"{a}mienr\"{u}ckerstattungen\ zugunsten\ folgender\ Zahlungsverbindung\ der\ bevollm\"{a}chtigten\ Person:$ 

IBAN: C H
Leistungsauszahlungen zugunsten folgender Zahlungsverbindung der bevollmächtigten Person:
IBAN: CH
Konto laufend auf
Bemerkungen
(z.B. bestimmte Einschränkungen der Auskunftserteilung)



Krankenkasse SLKK Hofwiesenstrasse 370 8050 Zürich +41 44 368 70 30 info@slkk.ch slkk.ch

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