



# VISANA

## VOLLMACHTSERKLÄRUNG

**Versicherten-Nr.:**

**Name/Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Strasse:**

**PLZ/Ort:**

**Tel. privat/Geschäft**

Hiermit bevollmächtige ich die Visana, die unten angekreuzten Unterlagen ab \_\_\_\_\_ der nachfolgend  
aufgeführten – durch mich bevollmächtigten Person – zuzustellen:

- Versicherungsausweis
- Zeitschrift
- Mitteilungen
- Prämienabrechnungen
- Prämienmahnungen
- Prämienauszahlungen
- Leistungsabrechnungen
- Kostenbeteiligungs-Mahnungen
- Leistungsauszahlungen

Die nicht angekreuzten Unterlagen/Anweisungen werden wie bisher der versicherten – oben aufgeführten Person – zugestellt.

Ich bevollmächtige die unten aufgeführte Person, ab \_\_\_\_\_ in meinem Namen gegenüber der Visana in  
meinen Versicherungsangelegenheiten tätig zu werden und insbesondere folgende Handlungen  
vorzunehmen:

- Versicherungsänderungen
- Erteilen von Auskünften

**Personalien der durch mich bevollmächtigten Person:**

**Name/Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Strasse:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Tel. privat/Geschäft** \_\_\_\_\_

**Post-Konto:** \_\_\_\_\_

**Bank-Konto:** \_\_\_\_\_

**Bank, Filiale:** \_\_\_\_\_

Der vorliegende Auftrag gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift der versicherten Person:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift der bevollmächtigten Person:** \_\_\_\_\_