

Vollmachtserklärung für Beistände/Vormünder/Vertretungsvollmacht (Kinder – Eltern)

Personalien

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

Telefon-Nr.:

PLZ/Ort:

Versicherten-Nr.:

bevollmächtigt die unten stehende Person

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

Telefon-Nr.:

PLZ/Ort:

E-Mail:

in Versicherungsangelegenheiten der Visana-Gruppe tätig zu werden und folgende Handlungen vorzunehmen

(Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vornehmen von Versicherungsänderungen | <input type="checkbox"/> Empfangen folgender Korrespondenz: |
| <input type="checkbox"/> Zahlungsverbindung ändern | <input type="checkbox"/> Versicherungspolice/Klebeetiketten |
| <input type="checkbox"/> Einholen von Auskünften | <input type="checkbox"/> Kundenzeitschrift |
| | <input type="checkbox"/> Prämienrechnungen |
| | <input type="checkbox"/> Leistungsabrechnungen/Kostenbeteiligungsrechnungen |

Leistungszahlungen und Prämienrückerstattungen

(Zutreffendes bitte ankreuzen):

- zugunsten der bestehenden Zahlungsverbindung
- zugunsten der Zahlungsverbindung **des Bevollmächtigten**

IBAN: **CH**

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

Ort/Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person:

Unterschrift der bevollmächtigten Person:

