

Vollmachtserklärung

Personalien

Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
Name	Strasse / Nr.
Vorname	PLZ / Ort

Bevollmächtigt die unten genannte Person

Name	PLZ / Ort
Vorname	Tel. privat / Geschäft
Geburtsdatum	E-Mail
Strasse / Nr.	

in Versicherungsangelegenheiten der Visana-Gruppe (Visana Versicherungen AG, Visana AG, Visana Allgemeine Versicherungen AG, sana24 AG, vivacare AG und Galenos AG) tätig zu werden und folgende Handlungen vorzunehmen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Versicherungsänderungen	<input type="checkbox"/> Empfangen sämtlicher Korrespondenz
<input type="checkbox"/> Kündigungen	<input type="checkbox"/> ODER (nur eine Auswahl möglich)
<input type="checkbox"/> Änderung der Zahlungsverbindung	<input type="checkbox"/> Empfangen folgender Korrespondenz
<input type="checkbox"/> Erteilen von Auskünften (ohne medizinischer / gesundheitsbezogener Daten)	<input type="checkbox"/> Versicherungspolice / Offerten / Klebeetiketten / Versichertenkarte
<input type="checkbox"/> ODER (nur eine Auswahl möglich)	<input type="checkbox"/> Kundenzeitschrift
<input type="checkbox"/> Erteilen von Auskünften (inklusive medizinischer/gesundheitsbezogener Daten)	<input type="checkbox"/> Prämienrechnungen
	<input type="checkbox"/> Leistungsabrechnungen / Kostenbeteiligungsrechnungen
	<input type="checkbox"/> Individuelle Korrespondenzen (können medizinische Angaben enthalten)

Leistungen und Prämienrückerstattungen sind:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Zugunsten der bestehenden Zahlungsverbindung zu erstatten
 Zugunsten der Zahlungsverbindung **der/des Bevollmächtigten** zu erstatten

IBAN: **CH**

Der vorliegende Auftrag gilt ab dem Unterzeichnungsdatum bis zum schriftlichen Widerruf. Die vollmachtgebende Person entbindet hiermit die Visana-Gruppe und ihre Mitarbeitenden – im Rahmen der erteilten Vollmacht – vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der vollmachtnehmenden Person zur Erfüllung der gewünschten Dienstleistungen.

Ort / Datum	Unterschrift der bevollmächtigten Person
Unterschrift der versicherten Person	

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre persönlichen Daten bei uns im System hinterlegen und zur Abwicklung unserer Versicherungsdienstleistungen verwenden dürfen.