

Vollmacht

Zur SWICA Gesundheitsorganisation gehören SWICA Krankenversicherung AG, SWICA Versicherungen AG, SWICA Management AG, PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Zur Identifikation ist **zwingend** eine Kopie eines amtlichen Ausweises der versicherten sowie der bevollmächtigten Person beizulegen.
Formular bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen.

Angaben zur versicherten Person (Vollmachtgeber/-in)

Frau Herr

Vorname _____

Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Versicherten-Nr. _____

E-Mail _____

Bevollmächtigte Person

Frau Herr

Vorname _____

Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Telefon _____

E-Mail _____

Bitte diese Adresse als Korrespondenzadresse verwenden (falls gewünscht, bitte ankreuzen).

Beziehung zu der versicherten Person

Ehepartner(in)/eingetragene(r) Partner(in)

Konkubinatspartner(in)

Gesetzliche(r) Vertreter(in)/Eltern

Kind

Beistand

Andere _____

Vollmachtserklärung

Ich bevollmächtige die oben aufgeführte Person, ab sofort in meinem Namen gegenüber der SWICA Gesundheitsorganisation in **folgenden** Versicherungsangelegenheiten tätig zu werden und mich rechtsgültig zu vertreten. Hierzu entbinde ich die SWICA Gesundheitsorganisation sowie alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis und der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der oben aufgeführten Person.

Ich anerkenne alle gestützt auf diese Vollmacht vorgenommenen Handlungen des/der Bevollmächtigten als für mich jederzeit rechtsverbindlich.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Angaben ändern (z.B. Name, Zivilstand, Adresse, Zahlungsverbindungen ändern, Bankverbindung) | <input type="checkbox"/> Empfangen sämtlicher Korrespondenz |
| <input type="checkbox"/> Vornehmen von Versicherungsänderungen in der obligatorischen Grundversicherung | <input type="checkbox"/> Empfangen folgender Korrespondenz: |
| <input type="checkbox"/> Vornehmen von Versicherungsänderungen in der/den Zusatzversicherung(en) | <input type="checkbox"/> Versicherungspolice |
| <input type="checkbox"/> Kündigung der Grundversicherung | <input type="checkbox"/> Prämienrechnungen |
| <input type="checkbox"/> Kündigung der Zusatzversicherung(en) | <input type="checkbox"/> Leistungsabrechnungen/Kostenbeteiligungsrechnungen |
| <input type="checkbox"/> Einholen von personen- und gesundheitsbezogenen Auskünften | <input type="checkbox"/> Allgemeine Korrespondenz |
| <input type="checkbox"/> Einreichung von personen- und gesundheitsbezogenen Auskünften | <input type="checkbox"/> Entscheide |
| | <input type="checkbox"/> Versichertenkarte |
| | <input type="checkbox"/> Steuernachweis |
| | <input type="checkbox"/> Kundenzeitschrift |

Weitere Einschränkungen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Die vorliegende Vollmacht gilt ab Datum der Vollmachtunterzeichnung. Sie dauert bis zum schriftlichen Widerruf auch nach dem Tod, der Verschollenerklärung und dem Verlust der Handlungsfähigkeit der versicherten Person.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in (Erziehungsberechtigte/-r)

Ort/Datum

Bevollmächtigte/-r

Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit der Kopie der amtlichen Ausweise an den SWICA-Kundendienst senden. Die Adresse finden Sie auf der Versicherungspolice. Vielen Dank.