



VOLLMACHTSERKLÄRUNG.

Zur SWICA Gesundheitsorganisation gehören SWICA Krankenversicherung AG, SWICA Versicherungen AG und SWICA Management 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)

Name

Vorname

Versicherten-Nr. SWICA

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Geschlecht männlich weiblich

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

E-Mail

BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Geschlecht männlich weiblich

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon (tagsüber erreichbar)

E-Mail

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

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 markieren:

- Persönliche Angaben ändern (z.B. Name, Zivilstand, Adresse, Zahlungsverbindungen ändern, Bankverbindung)
- Vornehmen von Versicherungsänderungen in der obligatorischen Grundversicherung
- Vornehmen von Versicherungsänderungen in der/den Zusatzversicherung(en)
- Kündigung der Grundversicherung
- Kündigung der Zusatzversicherung(en)
- Einholen von personen- und gesundheitsbezogenen Auskünften
- Einreichung von personen- und gesundheitsbezogenen Auskünften

- Empfangen sämtlicher Korrespondenz
- Empfangen **folgender** Korrespondenz:
 - Versicherungspolice
 - Prämienrechnungen
 - Leistungsabrechnungen/Kostenbeteiligungsrechnungen
 - Allgemeine Korrespondenz
 - Entscheide
 - Versichertenkarte
 - Steuernachweis
 - 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 Verschollenklärung und dem Verlust der Handlungsfähigkeit der versicherten Person.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in
(Erziehungsberechtigte/r)

Ort/Datum

Unterschrift 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.

365 TAGE IM JAHR RUND UM DIE UHR FÜR SIE DA.

Telefon 0800 80 90 80 / swica.ch

