

Vollmachtserklärung

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

Bevollmächtigt die untenstehende Person	
Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ/Ort:
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Tel. privat/Geschäft
Geburtsdatum:	E-Mail:

In Versicherungsangelegenheiten der Visana-Gruppe (Visana Versicherungen AG, Visana AG, Sana24 AG, vivacare AG und Galenos AG) tätig zu werden und folgende Handlungen vorzunehmen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="radio"/> Vornehmen von Versicherungsänderungen	<input type="radio"/> Empfangen sämtlicher Korrespondenz
<input type="radio"/> Einreichen von Kündigungen	ODER (nur eine Auswahl möglich)
<input type="radio"/> Zahlungsverbindung ändern	<input type="radio"/> Empfangen folgender Korrespondenz
<input type="radio"/> Auskünfte (ohne medizinische/gesundheitsbezogene Daten)	<input type="radio"/> Versicherungspolice/Offerten/Klebeetikette/Versichertenkarte
ODER (nur eine Auswahl möglich)	<input type="radio"/> Kundenzeitschrift
<input type="radio"/> Auskünfte (inklusive medizinische/gesundheitsbezogene Daten)	<input type="radio"/> Prämienrechnungen
	<input type="radio"/> Leistungsabrechnungen/Kostenbeteiligungsrechnungen
	<input type="radio"/> individuelle Korrespondenzen (kann medizinische Angaben enthalten)

Leistungen und Prämienrückerstattungen sind:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

zu Gunsten der bestehenden Zahlungsverbindung zu erstatten

zu Gunsten der Zahlungsverbindung **des Bevollmächtigten** zu erstatten

IBAN:

Der vorliegende Auftrag gilt ab Datum der Unterzeichnung 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:	

Dem ausgefüllten und unterschriebenen Formular ist eine **Kopie eines amtlichen Ausweises** der vollmachtgebenden Person beizulegen.