**Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG,
Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG.**

Helsana

Vollmacht

**Zur Identifikation ist zwingend eine Kopie eines amtlichen Ausweises der versicherten Person beizulegen.
Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen (bei handschriftlicher Ausfüllung in Blockschrift).**

Geltungsbereich

○ Grundversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

○ Zusatzversicherung(en) nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Versicherte Person (Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin)

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Versicherten-Nr.

Telefon

E-Mail

Bevollmächtigte Person

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Ich beauftrage die Helsana-Gruppe, die nachfolgend aufgeführten Dokumente einmalig an die bevollmächtigte Person zuzustellen:

○ Die aktuell gültige Versicherungspolice

○ Auszug für die Steuerklärung Jahr/e:

○ Andere:

Ich bevollmächtige die oben genannte Person, in Versicherungsangelegenheiten der Helsana-Gruppe folgende Auskünfte einzuholen resp. Rechtshandlungen vorzunehmen:

○ Auskünfte jeglicher Art einholen, dies umfasst auch besonders schützenswerte Daten

○ Persönliche Angaben ändern (z. B. Name, Zivilstand, Adresse, Bankverbindung)

○ Deckungsänderungen (z. B. Jahresfranchise, Unfall Ein-/Ausschluss, Hausarzt-/Modellwechsel)

○ Kündigung Versicherungsdeckung

Änderung der Administrationsadresse gewünscht?

○ Ja, ich wünsche, dass sämtliche Korrespondenz (insbesondere Prämien, Versicherungspolicen usw. sowie auch besonders schützenswerte Daten wie Leistungsabrechnungen usw.) an die bevollmächtigte Person zugestellt wird. Dies betrifft den Geltungsbereich KVG und VVG.

Information an die bevollmächtigte Person

Sind Sie bei uns versichert und nutzen das Kundenportal myHelsana? Wenn ja, erhalten Sie somit sämtliche Korrespondenz der versicherten Person digital in Ihrem Kundenportal oder zusätzlich per Post, je nach gewähltem Kommunikationsweg im Portal.

○ Nein, ich möchte sämtliche Korrespondenz der versicherten Person nur per Post erhalten.

Die vorliegende Vollmachterklärung gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf. Ich entbinde hiermit die Helsana-Gruppe und alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltslos von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person im Rahmen dieser Vollmacht.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Ort und Datum	Unterschrift bevollmächtigte Person

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular mit der Kopie eines amtlichen Ausweises des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin an form@helsana.ch, via myHelsana Portalnachricht oder per Post an: Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich.