

Vollmacht

Geltungsbereich

- Grundversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)
 Zusatzversicherung(en) nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Versicherte Person – Zur Identifikation ist zwingend eine Kopie eines amtlichen Ausweises beizulegen

Vorname, Name _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Versicherten-Nr. _____
Telefon _____
E-Mail _____

- 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.

Bevollmächtigte Person

Frau Herr

Vorname, Name _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
E-Mail _____

Ich bevollmächtige 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

Die vorliegende Vollmachterklärung gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf. Ich entbinde hiermit die Helsana-Gruppe und alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos 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 das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit der Kopie eines amtlichen Ausweises des/der Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin an den Kundenservice senden: Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich