

Vollmacht zur Teilnahme am Bonusprogramm Helsana+

Minderjährige Person
(Teilnehmer/in Helsana+)

Frau Herr

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Versicherten-Nr.

Geburtsdatum

Gesetzliche/r Vertreter/in

Frau Herr

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Die minderjährige Person ist in der Personalversicherung von Helsana
Versicherungen AG versichert.

Hiermit bevollmächtige ich obengenannte Person zur Teilnahme am Bonusprogramm Helsana+. Die vorliegende Vollmachtserklärung gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort und Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in (Erziehungsberechtigte/r)

Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular fotografieren und in die App hochladen. Vielen Dank.