

## Vollmacht für Auskünfte

Zur Identifikation ist **zwingend** eine Kopie eines amtlichen Ausweises der versicherten Person beizulegen.

**Versicherte Person**  
(Vollmachtgeber/in)

Frau     Herr

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Versicherten-Nr.

Geburtsdatum

**Bevollmächtigte Person**

Frau     Herr

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Ich bevollmächtige obengenannte Person,  
Auskünfte jeglicher Art bei meinem  
Versicherer einzuholen (zutreffende  
Auswahl bitte ankreuzen).

Helsana Versicherungen AG  
 Helsana Zusatzversicherungen AG  
 Progrès Versicherungen AG

Einschränkungen der Auskunft

**Administrative Zustelladresse**

Ich wünsche, dass **sämtliche** Korrespondenz von Helsana (Prämien,  
Kostenbeteiligungen, Policen, Versicherungskarte, Entscheide, usw.)  
an obengenannte Person zugestellt wird.

Ja     Nein

Die vorliegende Vollmachtserklärung gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ich entbinde hiermit meinen Versicherer und alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person zur Erfüllung der gewünschten Dienstleistungen.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in (Erziehungsberechtigte/r)

Ort und Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/er

**Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit der Kopie eines amtlichen Ausweises des/der Vollmachtgebers/ Vollmachtgeberin an den Kundenservice senden. Die Adresse finden Sie auf Ihrer Versicherungspolice. Vielen Dank.**