

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, _____
Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Frau/Herr _____
Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Die Vollmacht gilt für alle Informationen und Auskünfte seitens der Krankenkasse Wädenswil gegenüber der bevollmächtigten Person, sowohl mündlich als auch schriftlich über alle beantragten und bereits bestehenden Geschäfte im Bereich der Krankenversicherung nach KVG und VVG. Die Krankenkasse Wädenswil ist namentlich befugt, der bevollmächtigten Person alle medizinischen und rechtlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, sofern der Vollmachtgeber keine schriftlichen Einschränkungen angebracht hat.

Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf des Vollmachtgebers.

Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden:

Ort/Datum

Unterschrift Vollmachtgeber:
