

## Vollmacht

### Hiermit bevollmächtige ich

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### die folgende Person

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

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.

### Unterschriften Vollmachtgeber / Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bevollmächtigten