

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