

Vollmacht

Zur Identifikation ist eine Kopie eines amtlichen Ausweises des Vollmachtgebers beizulegen.

Versicherungsnehmer (Vollmachtgeber)

Name, Vorname

Vers.-Nr.

Geb. Datum

Adresse

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Tel.

Bevollmächtigte Person

Name, Vorname

Geb. Datum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Tel.

Ich bevollmächtige obengenannte Person mit der Krankenkasse KLuG tätig zu werden und folgende Handlungen vorzunehmen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Vornehmen von Versicherungsänderungen

Einholen von Auskünften

Empfangen sämtlicher Korrespondenz

Andere:

Leistungszahlungen und Prämienrückerstattungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

zugunsten der bestehenden Zahlungsverbindung

zugunsten der Zahlungsverbindung des Bevollmächtigten

IBAN oder Postkonto-Nr.

Ich entbinde hiermit den im Briefkopf aufgeführten Versicherer und alle zuständigen Mitarbeiter vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bez. Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Der vorliegende Auftrag gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Ort, Datum

Unterschrift bevollmächtigte Person

Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit der Kopie eines amtlichen Ausweises des Vollmachtgebers an die Kundenberatung senden. Die Adresse finden Sie auf Ihrer Versicherungspolice. Vielen Dank.