

## Vollmacht

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

**Vollmachtgeber (versicherte Person)**

---

---

---

---

---

---

**Vollmachtnehmer**

Frau  Herr

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Tel. Nr.

E-Mail

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich bevollmächtige obengenannte Person in meinem Namen meine Angelegenheiten im Zusammenhang mit meiner Krankenversicherung (rhenusana) zu bearbeiten. Der Vollmachtnehmer ist insbesondere befugt folgende Aufgaben in meinem Namen zu übernehmen:

- Persönliche Angaben ändern
- Deckungsänderungen
- Einholen von Auskünften und Anfragen zum Bearbeitungsstand
- Entgegennehmen von Bescheiden und Benachrichtigungen
- Auskünfte jeglicher Art bei meinem Versicherer einzuholen

**Einschränkungen der Auskunft:**

Administrative Zustelladresse:

Ich wünsche, dass sämtliche Korrespondenz von rhenusana (Prämien, Kostenbeteiligungen, Policen, Versicherungskarte, Entscheide, usw) an den Vollmachtnehmer 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, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort Datum

Unterschrift Bevollmächtigter

---

---

---

---