

Vollmachtserklärung

Ihre Daten

Vorname/Name

Geburtsdatum

Kundennummer

Adresse

Wem möchten Sie die Vollmacht geben? (Bevollmächtigte Person)

Anrede Frau Herr

Vorname/Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Tel. (tagsüber)

E-Mail

Auskünfte

- Hiermit ermächtige ich die bevollmächtigte Person, bei meinem Versicherer – der Sympany Gruppe – Auskünfte jeglicher Art einzuholen. Zur Sympany Gruppe gehören Vivao Sympany AG, Moove Sympany AG, Sympany Versicherungen AG und Kolping Krankenkasse AG.

Einschränkungen der Vollmacht

Korrespondenz

- Hiermit erteile ich den Auftrag, der bevollmächtigten Person sämtliche Korrespondenz zukommen zu lassen. Ausnahmen bitte nachfolgend auflisten.

Ausnahmen

Ort/Datum

Unterschrift

Die Vollmacht ist gültig bis auf Widerruf.