

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.		
E-Mail		

Die Vollmacht bezieht sich auf die **Grundversicherung nach KVG** sowie auf die **Zusatzversicherung(-en) nach VVG**.

Welche Auskünfte darf die bevollmächtigte Person einholen?

- ☐ Auskünfte jeglicher Art (dies umfasst auch besonders schützenswerte Daten, z.B. medizinische Daten) **ODER**
- ☐ Nur Auskünfte zu bestimmten Themen:
- ☐ Auskünfte über Rückforderungsbelege, Rechnungen von Leistungserbringern und Kostengutsprachen
 - ☐ Auskünfte über Prämien- und Leistungsabrechnungen
 - ☐ Auskünfte über Guthaben und Forderungen (inklusive Inkasso-Angelegenheiten)
 - ☐ Auskünfte zu den Vertragsdokumenten und Gesundheitsdeklarationen

Welche Änderungen darf die bevollmächtigte Person vornehmen?

- ☐ Persönliche Angaben (z.B. Name, Zivilstand, Adresse, Bankverbindung)
- ☐ Vertragsanpassungen (z.B. Versicherungsmodell, Franchise, Hausarzt)
- ☐ Kündigung

Soll die bevollmächtigte Person Ihre Korrespondenz erhalten?

- ☐ Ich wünsche, dass die bevollmächtigte Person sämtliche Korrespondenz erhält (z.B. Prämienrechnungen und Versicherungspolicen, aber auch Dokumente mit besonders schützenswerten Daten wie z.B. Leistungsabrechnungen). Der Versand erfolgt per Post.
Achtung: Dies ist nur möglich, wenn Sie die Vollmacht für Auskünfte jeglicher Art erteilen.
Wichtig: Sie erhalten dann keine postalische Korrespondenz mehr. Falls Sie in mySympany registriert sind, können Sie Dokumente dort weiterhin einsehen.

Mit vorliegender Vollmachtserklärung **entbinde ich die Sympany Gruppe und alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis** bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person im Rahmen der Vollmacht. **Die Vollmacht ist gültig bis auf schriftlichen Widerruf.**

Ort/Datum

Unterschrift