



Vollmachtserklärung

1. Versicherte Person

Bitte alle Felder
vollständig ausfüllen

Name	<input type="text"/>	Kundennummer	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse/Nummer	<input type="text"/>	Telefonnummer tagsüber	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

2. Bevollmächtigte Person

Bitte alle Felder
vollständig ausfüllen

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer tagsüber	<input type="text"/>
Strasse/Nummer	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>		

3. Vollmacht 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:

Einschränkungen
bitte auflisten

4. Korrespondenz

Hiermit erteile ich den Auftrag, der bevollmächtigten Person sämtliche Korrespondenz zukommen zu lassen.

Ausnahmen:

Ausnahmen bitte
auflisten

5. Bestätigung durch Unterschrift

Die Vollmacht ist gültig bis auf Widerruf.

Bitte hier
unterschreiben und
per Post oder E-Mail
an die oben genannte
Adresse zurücksenden

Ort und Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
---------------	----------------------	--------------	----------------------