

# Vollmacht für die Krankenversicherung

## Hiermit ermächtigt die vollmachtgebende Person

Frau      Herr

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Versichertennummer

Geburtsdatum

Mobiltelefon

Mail

## die nachstehend genannte bevollmächtigte Person

Frau      Herr

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Mobiltelefon

Mail

## bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG und der CONCORDIA Versicherungen AG (nachfolgend CONCORDIA) die folgenden Rechtshandlungen vorzunehmen:

Mündliches und schriftliches Einholen sämtlicher Auskünfte und Dokumente

Kündigungen und Mutationsmeldungen (z. B. Name, Adresse, Zivilstand, Vertragsänderungen, Auszahlungskonto)

## Zustelladresse für Postsendungen

Die vollmachtgebende Person ist ausserdem damit einverstanden, dass Postsendungen einzig an die Adresse der bevollmächtigten Person verschickt werden, mit folgenden Auswirkungen:

Zustellung Korrespondenz	Die vollmachtgebende Person ermächtigt die CONCORDIA <b>sämtliche Korrespondenz</b> mit Rechtswirkung (z. B. Police, Prämienrechnungen und Leistungsabrechnungen) <b>per Post an die bevollmächtigte Person zuzustellen.</b>
myCONCORDIA	Die <b>Zugangsberechtigung der vollmachtgebenden Person zu myCONCORDIA</b> erlischt.
Auskünfte	Die CONCORDIA wird berechtigt, der bevollmächtigten Person <b>sämtliche Auskünfte mündlich und schriftlich</b> zu erteilen. Diese Berechtigung gilt unabhängig von der oben genannten Rechtshandlung.

