

Vollmacht zugunsten der Assura (Assura-Basis AG und/oder Assura AG)

Versicherte Person* (Vollmachtgeber)

Frau Herr

Name, Vorname _____

Adresse _____

Versicherungspolice Nr. _____

Geburtsdatum _____

Gesetzlicher Vertreter _____

(Name, Vorname, Vertretungsverhältnis)

***Für minderjährige versicherte Personen muss ebenfalls das beiliegende Formular ausgefüllt werden.**

Der Vollmachtgeber ermächtigt die berechtigte Person ohne Substitutionsrecht, die im Rahmen der Versicherungsbeziehungen zu Assura notwendigen Informationen über ihn einzuholen und in seinem Namen und Interesse zu handeln.

Bitte listen Sie nachfolgend allfällige Einschränkungen der Vollmacht auf (namentlich im Zusammenhang mit medizinischen Informationen oder einer Beschränkung auf ein bestimmtes Dossier):

Fehlen solche Angaben, teilt der Versicherer der berechtigten Person alle nützlichen Informationen mit, einschliesslich der medizinischen Informationen. Letztere werden der berechtigten Person ausschliesslich schriftlich übermittelt.

Korrespondenzadresse

Ich möchte, dass sämtliche Korrespondenz von Assura (Prämien, Leistungsabrechnungen, Policen, Versichertenkarte, Verfügungen usw.) an die obgenannte berechtigte Person übermittelt wird:

Ja Nein

Die vorliegende Vollmacht tritt am Datum der Unterzeichnung in Kraft und bleibt gültig, bis Assura einen unterzeichneten schriftlichen Widerruf des Vollmachtgebers oder der berechtigten Person erhält.

Hiermit entbinde ich meinen Versicherer und alle betreffenden Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis oder ihrer Schweigepflicht gegenüber der berechtigten Person.

Ort und Datum _____

Unterschrift des Vollmachtgebers (oder seines gesetzlichen Vertreters)

Ort und Datum _____

Unterschrift der berechtigten Person

Bitte senden Sie das vorliegende Formular ergänzt und unterschrieben an die auf Ihrer Versicherungspolice aufgeführte Adresse zurück.

Beilage zur Vollmacht zugunsten der Assura (Assura-Basis AG und/oder Assura AG)

Minderjährige versicherte Person

Frau Herr

Name, Vorname _____

Adresse _____

Versicherungspolice Nr. _____

Geburtsdatum _____

Minderjährige versicherte Person

Frau Herr

Name, Vorname _____

Adresse _____

Versicherungspolice Nr. _____

Geburtsdatum _____

Minderjährige versicherte Person

Frau Herr

Name, Vorname _____

Adresse _____

Versicherungspolice Nr. _____

Geburtsdatum _____

Minderjährige versicherte Person

Frau Herr

Name, Vorname _____

Adresse _____

Versicherungspolice Nr. _____

Geburtsdatum _____

Minderjährige versicherte Person

Frau Herr

Name, Vorname _____

Adresse _____

Versicherungspolice Nr. _____

Geburtsdatum _____

Minderjährige versicherte Person

Frau Herr

Name, Vorname _____

Adresse _____

Versicherungspolice Nr. _____

Geburtsdatum _____