

Vollmacht

Geltungsbereich

Grundversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Zusatzversicherung(en) nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Versicherte Person – Zur Identifikation ist zwingend eine Kopie eines amtlichen Ausweises beizulegen

Vorname, Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Versicherten-Nr. _____

Telefon _____

E-Mail _____

Bevollmächtigte Person

Frau Herr

Vorname, Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ich bevollmächtige die oben genannte Person, in Versicherungsangelegenheiten der Helsana-Gruppe folgende Auskünfte einzuholen resp. Rechtshandlungen vorzunehmen:

Auskünfte jeglicher Art einholen, dies umfasst auch besonders schützenswerte Daten

Persönliche Angaben ändern (z. B. Name, Zivilstand, Adresse, Bankverbindung)

Deckungsänderungen (z. B. Jahresfranchise, Unfall Ein-/Ausschluss, Hausarzt-/Modellwechsel)

Kündigung Versicherungsdeckung

Änderung der Administrationsadresse gewünscht?

Ja, ich wünsche, dass sämtliche Korrespondenz (insbesondere Prämien, Versicherungspolice usw. sowie auch besonders schützenswerte Daten wie Leistungsabrechnungen, usw.) an die bevollmächtigte Person zugestellt wird. Dies betrifft den Geltungsbereich KVG und VVG.

Information an die bevollmächtigte Person

Sind Sie bei uns versichert und nutzen das Kundenportal myHelsana? Wenn ja, erhalten Sie somit sämtliche Korrespondenz der versicherten Person digital in Ihrem Kundenportal oder zusätzlich per Post, je nach gewähltem Kommunikationsweg im Portal.

Nein, ich möchte sämtliche Korrespondenz der versicherten Person nur per Post erhalten.

Die vorliegende Vollmachterklärung gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf. Ich entbinde hiermit die Helsana-Gruppe und alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person im Rahmen dieser Vollmacht.

Ort, Datum _____

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum _____

Unterschrift Bevollmächtigte Person

Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit der Kopie eines amtlichen Ausweises des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin an den Kundenservice senden: Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich