

Krankenkasse Steffisburg
Unterdorfstrasse 37
Postfach 138
3612 Steffisburg

Vollmachtserklärung

Personalien	
Name / Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse / Nr.:	Telefon-Nr.:
PLZ / Ort:	Versicherten-Nr.:
bevollmächtigt die unten stehende Person	
Name / Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse / Nr.:	Telefon-Nr.:
PLZ / Ort:	Versicherten-Nr.:

in Versicherungsangelegenheiten mit der Krankenkasse Steffisburg tätig zu werden und folgende Handlungen vorzunehmen (Zutreffendes bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> Vornehmen von Versicherungsänderungen	<input type="checkbox"/> andere:
<input type="checkbox"/> Einholen von Auskünften	
<input type="checkbox"/> Empfangen sämtlicher Korrespondenz	
Leistungszahlungen und Prämienrückerstattungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> zugunsten der bestehenden Zahlungsverbindung	
<input type="checkbox"/> zugunsten der Zahlungsverbindung des Bevollmächtigten IBAN: CH _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Bemerkungen

Ich entbinde hiermit den im Briefkopf aufgeführten Versicherer und alle zuständigen Mitarbeiter vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bez. Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Der vorliegende Auftrag gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort / Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person:

Unterschrift der bevollmächtigten Person:
