

Vollmacht

Mit diesem Formular erteilen Sie als versicherte Person dem eingetragenen Bevollmächtigten untenstehende Befugnis. Senden Sie uns das unterzeichnete Formular anschliessend per Post an **Sanagate AG, Postfach 3866, 6002 Luzern**. Bei Fragen hilft unser Contact Center 0800 347 358 gerne weiter.

1 Die versicherte Person/Vollmachtgeber

Ich,

Kundennummer Sanagate

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Zusatzadresse

Postfach

PLZ/Ort

Telefonnummer

E-Mail

erteile hiermit ...

2 Personalien Bevollmächtigter

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Zusatzadresse

PLZ/Ort

Telefonnummer

E-Mail

3 Vollmacht

bei der Sanagate AG (Grundversicherung) und bei der CSS Versicherung AG (sofern VVG-Deckung besteht) die folgende Befugnis:

Bitte Zutreffendes ankreuzen (nur ein Kreuz möglich)

Generalvollmacht

(Erteilen sowie Einholen von Informationen, Stellvertretung in allen rechtlichen Angelegenheiten wie Tätigkeit von Vertragsmutationen z.B. Franchiseneränderungen oder Modellwechsel, Kündigungen oder Höherversicherungen, Änderung von Bankverbindungen etc.)

Informationsberechtigung

(Einholen von Auskünften z.B. zu Gesundheitsdaten, Inkassoverfahren, Leistungsabrechnungen etc.)

Diese Vollmacht gilt von bis (max. 2 Jahre)

Diese Vollmacht kann jederzeit schriftlich per Post an Sanagate AG, Postfach 3866, 6002 Luzern widerrufen werden. Sie erlischt in jedem Fall nach zwei Jahren, danach muss die Vollmacht erneuert werden. Diese Vollmacht erlischt nicht mit meinem Ableben, einer Verschollenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Ort

Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgebenden

Bitte beilegen: Kopie eines Ausweispapiers (ID, Pass, Führerausweis) des/der Vollmachtgebenden
Kopie eines Ausweispapiers des/der Bevollmächtigten