

## Vollmacht

---

<b>Geltungsbereich</b>	<input type="radio"/> Grundversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)
	<input type="radio"/> 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	_____

---

---

<b>Bevollmächtigte Person</b>	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> 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:**

---

<input type="radio"/> Auskünfte jeglicher Art einholen, dies umfasst auch besonders schützenswerte Daten
<input type="radio"/> Persönliche Angaben ändern (z. B. Name, Zivilstand, Adresse, Bankverbindung)
<input type="radio"/> Deckungsänderungen (z. B. Jahresfranchise, Unfall Ein-/Ausschluss, Hausarzt-/Modellwechsel)
<input type="radio"/> Kündigung Versicherungsdeckung

---

**Änderung der Administrationsadresse gewünscht?**

---

<input type="radio"/> 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.

---

<input type="radio"/> 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**