



Vollmachtserklärung

Zur SWICA Gesundheitsorganisation gehören die SWICA Krankenversicherung AG, die SWICA Versicherungen AG und die SWICA Health AG.

Zur Identifikation ist zwingend eine Kopie eines amtlichen Ausweises des Vollmachtgebers oder der Vollmachtgeberin beizulegen. Formular bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen.

Angaben zur versicherten Person (Vollmachtgeber/in)

Name

Vorname

Versicherten-Nr. SWICA

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

E-Mail

Bevollmächtigte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon (tagsüber erreichbar)

E-Mail

Beziehung zu der versicherten Person

Ehepartner(in)/eingetragene(r) Partner(in)

Konkubinatspartner(in)

Gesetzliche(r) Vertreter(in)/Eltern

Kind

Beistand

Andere

Vollmachtserklärung

Ich bevollmächtige die oben aufgeführte Person, ab sofort in meinem Namen gegenüber der SWICA Gesundheitsorganisation in **nachfolgenden** Versicherungsangelegenheiten tätig zu werden und mich rechtsgültig zu vertreten. Hierzu entbinde ich die SWICA Gesundheitsorganisation sowie alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis und der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person. Ich anerkenne alle gestützt auf diese Vollmacht vorgenommenen Handlungen des/der Bevollmächtigten als für mich jederzeit rechtsverbindlich.

Zutreffendes bitte markieren:

Mündliches und schriftliches Einholen sämtlicher Auskünfte und Dokumente

Vornehmen von administrativen Aufgaben, wie z.B. Kündigungen, Mutationsmeldungen
(u.a. Name, Adresse, E-Mail, Vertragsänderungen, Auszahlungskonto)

Ich bin ausserdem damit einverstanden, dass sämtliche Korrespondenz einzig an die Adresse der bevollmächtigten Person folgendermassen verschickt wird:

Per Post mySWICA-Konto der bevollmächtigten Person

Weitere Einschränkungen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Die vorliegende Vollmacht gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf. Sie erlischt nicht mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, mit dem Ableben, einer Verschollenerklärung, dem Verlust der Handlungsfähigkeit oder dem Konkurs der vollmachtgebenden Person. Änderungen der vorliegenden Vollmacht sind nur mit der Unterzeichnung durch die vollmachtgebende Person gültig.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in
(Erziehungsberechtigte/r)

Senden Sie bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit der Kopie des amtlichen Ausweises an den **SWICA-Kundendienst**. Die Adresse finden Sie auf der Versicherungspolice.