



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)

☐ Frau ☐ Herr

Name

Vorname

Versicherten-Nr. SWICA

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

E-Mail

Bevollmächtigte Person

☐ Frau ☐ Herr

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 erteile der oben genannten Person die Vollmacht, mich ab sofort in **allen nachfolgenden** Versicherungsangelegenheiten gegenüber der SWICA Gesundheitsorganisation zu vertreten. Zu diesem Zweck entbinde ich die SWICA Gesundheitsorganisation sowie deren Mitarbeitende von der gesetzlichen Schweigepflicht bzw. vom Berufsgeheimnis gegenüber der bevollmächtigten Person. Alle Handlungen, die die bevollmächtigte Person auf Grundlage dieser Vollmacht vornimmt, erkenne ich als rechtsverbindlich für mich an.

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 Vollmacht tritt mit dem Datum der Unterzeichnung in Kraft und bleibt gültig, bis sie schriftlich widerrufen wird. Sie verliert ihre Gültigkeit nicht durch eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses, den Tod, eine Verschollenerklärung, den Verlust der Handlungsfähigkeit oder einen Konkurs der vollmachtgebenden Person. Änderungen dieser Vollmacht werden erst wirksam, wenn sie von der vollmachtgebenden Person schriftlich bestätigt und unterschrieben wurden.

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.