

Vollmachtserklärung

Versicherte Person

Versichertennummer _____
Vorname und Name _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____

Unterlagen

Ich bevollmächtige Atupri, die nachfolgend angekreuzten Unterlagen der unten aufgeführten und durch mich bevollmächtigten Person zuzustellen:

- Sämtliche Korrespondenz
- Prämienabrechnungen
- Leistungsabrechnungen
- Prämien- und Leistungsgutschriften sollen auf dieses Konto überwiesen werden:
(nur ausfüllen, wenn die bisherige Bankverbindung nicht mehr gilt)

Name, Vorname Kontoinhaber _____
Name der Bank _____
Adresse der Bank _____
IBAN _____

Die **nicht** angekreuzten Unterlagen werden wie bisher der versicherten Person zugestellt.

Versicherungsangelegenheiten

Ich bevollmächtige die aufgeführte Person in meinem Namen gegenüber Atupri in meinen Versicherungsangelegenheiten tätig zu werden und insbesondere folgende Handlungen vorzunehmen:

- Versicherungsänderungen
 - Erhalten von Auskünften
-

Bevollmächtigte Person

Name und Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Diese Vollmachtserklärung gilt ab _____ bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person

Diese Vollmachtserklärung ist nur mit einer Kopie eines amtlichen Ausweises (Pass oder Identitätskarte) der versicherten Person gültig.