

Vollmachtserklärung

Versicherte Person (Vollmachtgeber)

Name:	Vorname:	Versichertennummer:
Strasse, Nr.:		PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Telefon:	

Bevollmächtigte Person

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse, Nr.:		PLZ, Ort:
Mail:	Telefon:	

Die versicherte Person (Vollmachtgeberin) bevollmächtigt die oben aufgeführte Person (Bevollmächtigte) in Versicherungsangelegenheiten der ÖKK* folgende Handlungen vorzunehmen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Änderung und Kündigung der Versicherungsdeckung
- Auskünfte über Prämien- und Leistungsabrechnungen einholen
- Entgegennahme von Prämien- und Kostenbeteiligungsrechnungen
- Zahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen
- Entgegennahme von Leistungsabrechnungen
- Entgegennahme von Leistungszahlungen und Prämienrückerstattungen
(IBAN der bevollmächtigten Person: CH)
- Auskünfte über Guthaben und Forderungen einholen
- Entgegennahme von Dokumenten für die Steuerveranlagung
- Änderung der Kontoverbindung

Der Bevollmächtigte ist zur Vertretung gegenüber ÖKK in den bezeichneten Bereichen befugt. Er ist ermächtigt, alle dazu erforderlichen Vorkehren im Namen des Vollmachtgebers zu treffen. Der Bevollmächtigte wahrt die Interessen des Vollmachtgebers und ist zu Verschwiegenheit verpflichtet. Die nicht angekreuzten Handlungen dürfen wie bisher ausschliesslich durch die versicherte Person vorgenommen werden. Die vorliegende Vollmachtserklärung gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort und Datum: _____ Unterschrift der versicherten Person: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift der bevollmächtigten Person: _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular **zusammen mit einer Kopie eines amtlichen Ausweises des Vollmachtgebers** an folgende Adresse: ÖKK, Kundencenter, Bahnhofstrasse 13, Postfach, 7302 Landquart.

* Zur ÖKK Gruppe gehören die ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG und die KVF Krankenversicherung AG (obligatorische Krankenpflegeversicherungen, KVG) sowie die ÖKK Versicherungen AG (Zusatzversicherung, VVG). Soll die Vollmacht nur für Ihre Grund- oder Zusatzversicherung gelten, so ist dies ausdrücklich zu vermerken.