

Vollmachtserklärung

Versicherte Person (Vollmachtgeber/in):

Name, Vorname
 Strasse, Nr.
 PLZ / Ort
 Versicherten-Nr.
 Geburtsdatum

Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname
 Strasse, Nr.
 PLZ / Ort
 Versicherten-Nr.
 Geburtsdatum

Ich bevollmächtige die obgenannte Person, ab sofort in meinem Namen gegenüber der Agrisano Stiftung, Laurstrasse 10, 5201 Brugg, der Agrisano Krankenkasse AG, Laurstrasse 10, 5201 Brugg und der Agrisano Versicherungen AG, Laurstrasse 10, 5201 Brugg, in folgenden Versicherungsangelegenheiten tätig zu werden und mich zu vertreten.

Auskünfte / Vertragsänderungen

(zutreffende Auswahl bitte ankreuzen)

Persönliche Angaben ändern (z.B. Name, Zivilstand, Adresse, Zahlungsverbindung)

Versicherungsänderungen (z.B. Deckungsänderungen, Kündigung, Neuabschluss eines Vertrages usw.) der obligatorischen Grundversicherung

Versicherungsänderungen (z.B. Deckungsänderungen, Kündigung, Neuabschluss eines Vertrages usw.) der Zusatzversicherung/-en

Einholen von personen- und gesundheitsbezogenen Informationen

Administrative Zustelladresse

(zutreffende Auswahl bitte ankreuzen)

Ich wünsche, dass sämtliche Korrespondenz von der Agrisano Stiftung, der Agrisano Krankenkasse AG und der Agrisano Versicherungen AG (Prämien, Leistungsabrechnungen, Policen, Versicherungskarte, Entscheide, usw.) an die bevollmächtigte Person zugestellt wird.

Ja Nein

Rückerstattungen

(zutreffende Auswahl bitte ankreuzen)

Info: Eine Auszahlung von Leistungsrückerstattungen erfolgt, sofern per Saldo eine Rückerstattung resultiert.

Ich wünsche, dass sämtliche Rückerstattungen (Leistungs- und Prämienansprüche, inkl. Prämienverbilligung) von der Agrisano Krankenkasse AG und der Agrisano Versicherungen AG auf folgendes Konto* überwiesen werden:

Ja Nein

Bank, Ort

Kontoinhaber

IBAN

* Bei einem ausländischen Konto sind zwingend Name, Vornamen und die Adresse im Ausland, auf welche das Konto eröffnet wurde, für eine Auszahlung erforderlich.

Die vorliegende Vollmacht gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ich entbinde die Agrisano Stiftung, die Agrisano Krankenkasse AG und die Agrisano Versicherungen AG sowie alle zuständigen Mitarbeitenden der vorgenannten juristischen Personen vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis und der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person zur Erfüllung der gewünschten Dienstleistungen.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person (Vollmachtgeber/-in)

Ort, Datum

Unterschrift bevollmächtigte Person

Dieses Formular ist zu retournieren an: info-einzelversicherung@agrisano.ch oder auf dem Postweg Laurstrasse 10 | 5201 Brugg

Nachfolgende Dokumente sind dieser Vollmacht zwingend beizulegen:

- Kopie eines Ausweises (Seite/n mit Foto und Unterschrift) der versicherten Person (Vollmachtgeber/-in)
- Kopie eines Ausweises (Seite/n mit Foto und Unterschrift) der bevollmächtigten Person