

## Vollmacht

Mit **meinem Identitätsnachweis** (Kopie Pass oder ID) ermächtige ich folgende Person Auskünfte in meinem Namen direkt einzuholen.

### Bevollmächtigte Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

**Die personen- oder gesundheitsbezogenen Auskünfte, Informationen oder Unterlagen müssen in einem (unmittelbaren) Zusammenhang stehen mit:**

Krankheit     Unfall     Prämien, Kostenbeteiligungen, Steuerangelegenheiten

Sonstige Einschränkungen des Vollmachtnehmers: \_\_\_\_\_

### Versicherte Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die bevollmächtigte Person Informationen, Auskünfte oder Unterlagen beziehen darf. Ich entbinde hiermit die Glarner Krankenversicherung und alle zuständigen Mitarbeiter vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis bez. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der oben aufgeführten bevollmächtigten Person. Die Gültigkeit dieser Vollmacht dauert unbeschränkt, sofern nicht vorliegende Vollmacht schriftlich aufgehoben oder durch eine neue Vollmacht hinfällig wird.

**Die bisherigen Vollmachten sind wie folgt zu behandeln:**

- Alle bisherigen Vollmachten sind zu löschen
  - Nur die Vollmacht folgender Person ist zu löschen:
- 

Ort/Datum:

Unterschrift Versicherungsnehmer/in:

---

Ort/Datum:

Unterschrift Bevollmächtigte/er:

---