

Vollmachtserklärung

1. Versicherte Person

Versicherten-Nr: _____ Geburtsdatum: _____
Name, Vorname: _____
Adresse, PLZ, Ort: _____

2. Bevollmächtigte Person

Frau Herr keine

Name: _____ Telefon: _____
Vorname: _____ Email: _____
Adresse, PLZ, Ort: _____

Diese Adresse als Korrespondenzadresse verwenden

Beziehung zur versicherten Person

(Ehe-)Partner/in Gesetzliche/r Vertreter/in / Eltern Kind Beistand
 Andere _____

Vollmachtserklärung

Ich bevollmächtige die auf Seite 1 aufgeführte Person, ab sofort in meinem Namen gegenüber der Krankenkasse Luzerner Hinterland in folgenden Versicherungsangelegenheiten tätig zu werden und mich rechtsgültig zu vertreten. Hierzu entbinde ich die KKLH sowie alle zuständigen Mitarbeitenden vorbehaltlos von ihrem Berufsgeheimnis und der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der oben aufgeführten Person.

Ich anerkenne alle gestützt auf diese Vollmacht vorgenommenen Handlungen der bevollmächtigten Person als für mich jederzeit rechtsverbindlich.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Persönliche Angaben ändern (z.B. Name, Zivilstand, Adresse, Zahlungsverbindungen)
- Verwaltung von Rechnungen und Einkünften
- Vornehmen von Versicherungsänderungen in der obligatorischen Grundversicherung
- Vornehmen von Versicherungsänderungen in der/den Zusatzversicherung(en)
- Kündigung der Grundversicherung
- Kündigung der Zusatzversicherung(en)
- Einholen von personen- und gesundheitsbezogenen Auskünften

Weitere Einschränkungen / Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

Ort und Datum

Unterschrift Versicherte Person (Erziehungsberechtigte Person)

.....

Ort und Datum

Unterschrift bevollmächtigte Person

.....
