

## Vollmacht

Geltungsbereich: ☐ Grundversicherung (KVG) ☐ Zusatzversicherungen (VVG) ☐ Unfallversicherung (UVG)

Name, Vorname (versicherte Person): \_\_\_\_\_

Partner-Nummer:

Korrespondenzadresse: \_\_\_\_\_

### Ich ermächtige die unten erwähnte Person, nachfolgend aufgeführte Tätigkeiten durchzuführen:

Name, Vorname (Vollmachtnehmer/-in): \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:   /   /

### Art des Zugriffs:

☐ Einsicht in administrative Daten (mit Ausnahme von medizinischen Dokumenten)

☐ Einsicht in medizinische Daten

☐ Vertretung der versicherten Person gegenüber dem Versicherer

☐ Änderung der Krankenversicherungsunterlagen der versicherten Person

### Grund für die Vollmacht: (die Nennung von mindestens einem Grund ist zwingend)

☐ Adressänderung

☐ Änderung Zahlungsverbindung

☐ Überprüfung der Zahlungen (z. B. betreffend Prämien oder sonstige Ausstände, Prämienverbilligungen, Inkassomassnahmen)

☐ Überprüfung von Leistungsabrechnungen

☐ Überprüfung von Rechnungen eines Leistungserbringers

☐ Andere: \_\_\_\_\_

### Zugang für Nutzer des Kundenportals:

☐ Ich ermächtige die unterzeichnende Person, meine Krankenversicherungsangelegenheiten im Kundenportal zu verwalten. Ich habe verstanden, dass die unterzeichnende Person dadurch meine Vertrags-, Personen- und medizinischen Daten bezüglich meiner Grundversicherung (KVG) und meiner Zusatzversicherungen (VVG) einsehen und ändern kann.

**Die vertretene Person (Vollmachtgeber/-in) bestätigt, dass sie die oben eingefügten Angaben zur Kenntnis genommen hat. Die Vollmacht gilt ab Unterzeichnung und bis auf Widerruf der vertretenen Person. Personen unter 18 Jahren können keine gültige Vollmacht ausstellen. Die Fälschung einer Vollmacht wird strafrechtlich verfolgt.**

Datum   /   /

Unterschrift der versicherten Person  
(oder des gesetzlichen Vertreters):

Datum   /   /

Unterschrift der bevollmächtigten Person:

**Zu Identifizierungs- und Authentifizierungszwecken muss eine Ausweiskopie des Versicherten und der bevollmächtigten Person beigelegt werden. Diese Vollmacht bleibt bei einem Wechsel des Versicherers innerhalb der Groupe Mutuel gültig, sofern Sie sie nicht widerrufen.**

### Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG:

Avenir Krankenversicherung AG / Easy Sana Krankenversicherung AG / Mutuel Krankenversicherung AG / Philos Krankenversicherung AG / SUPRA-1846 SA  
**Administrative Angaben:** Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848 803 111 – groupemutuel.ch