

Vorname, Name :.....

Strasse :.....

PLZ, Ort :

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5
Postfach
1919 Martigny

Vollmacht

Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort :

.....

ermächtigt:

Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort :

.....

zur Akteneinsicht (ohne Akten des medizinischen Dienstes) und Vertretung des Versicherten bei den nachfolgend genannten Handlungen für folgenden Mitgliedsversicherer der Groupe Mutuel :

Name des Versicherers :

Kundennummer :

Grund für die Akteneinsicht / Vertretung des Versicherten :

- Adressänderung
 - Änderung Zahlungsverbindung
 - Überprüfung der Zahlungen (z. B. betreffend Prämien oder sonstigen Ausständen, Prämienverbilligungen, Inkassomassnahmen)
 - Überprüfung von Leistungsabrechnungen
 - Überprüfung von Rechnungen eines Leistungserbringers
 - Andere :
- (Nennung von mindestens einem Grund zwingend)

GMnet :

- Ich ermächtige die/den Unterzeichnete/n zur Verwaltung meines GMnet-Kontos.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass Jugendliche vor Beendigung des 18. Altersjahrs keine gültige Vollmacht ausstellen können und die Fälschung einer Vollmacht strafrechtlich verfolgt wird.

Ort, Datum :

Unterschrift :

.....
(Vollmachtgeber)

.....

.....
(Vollmachtnehmer)

.....

Beilagen (zwingend):

Kopie eines Ausweises (Identitätskarte, Pass) des Vollmachtgebers

Kopie eines Ausweises (Identitätskarte, Pass) des Vollmachtnehmers