

Ich / Wir

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

AHV-Nummer: _____

erteile den Sozialversicherungen Wetzikon die Vollmacht mit dem Recht zur Vertretung (Substitution) zu folgendem Zweck:

- Sofortige Information und Zahlungsermächtigung bei ausstehenden Krankenversicherungsprämien/Kostenbeteiligungen
- Allgemeine Auskünfte von allen Krankenversicherungen
- Auskünfte über Zahnbehandlungen und Kosten bei meinem behandelnden Zahnarzt
- Anforderung von IV-Akten/Verfügungen/Taggelder
- Auskunft betreffend BVG
- Auskunft über SUVA-Renten/Taggelder
- Auskunft über ALV-Taggelder

Mit dieser Vollmacht dürfen die Sozialversicherungen Wetzikon in meinem Namen:

- Schriftliche und mündliche Auskünfte einholen
- Korrespondenz führen bei der Krankenkasse, nach Zahlungsausständen

Alle Handlungen und Entscheide der Sozialversicherungen Wetzikon, die im Zusammenhang mit dem oben genannten Zweck stehen, anerkenne ich als für mich rechtsverbindlich. Ich bin mir der Folgen bewusst, die sich aus dieser Vollmacht ergeben und erkläre, dass ich dieses Papier aus freiem Willen unterzeichne.

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift (Ehepartner)