

# Vollmacht

## Versicherte Person

Kundennummer	Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Bevollmächtigte Person

Herr  Frau

Kundennummer	Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## oder Bevollmächtigtes Amt/Firma

Amt/Firma	
<input type="text"/>	
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich bevollmächtige oben genannte Person / oben genanntes Amt, **Auskünfte** jeglicher Art bei der CSS einzuholen.

Ja  Nein

Ich bevollmächtige oben genannte Person / oben genanntes Amt, **Auskünfte** einzuholen und **Änderungen** an meinem Vertrag vorzunehmen.

Ja  Nein

Ich wünsche, dass **sämtliche Korrespondenz** der CSS (Prämien, Kostenbeteiligungen, Policen, Versicherungskarte und Entscheide) **an oben genannte bevollmächtigte Person / oben genanntes bevollmächtigtes Amt** zugestellt wird.

Ja  Nein

Ort	Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Vollmacht ist gültig bis auf Widerruf.

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Vollmachtsformular an folgende Adresse:**

CSS, Leistungsprüfung, Postfach 2550, 6002 Luzern oder per E-Mail auf [info@css.ch](mailto:info@css.ch)