

# Vollmacht

## Versicherte Person

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

## Bevollmächtigte Person / Bevollmächtigtes Amt

Vorname	Name	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
oder			
Amt / Firma			
<input type="text"/>			
Strasse, Hausnummer		PLZ / Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefonnummern			
Privat	Mobile	Geschäft	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail	Kundennummer		
<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, **Änderungen** an meinem Vertrag vorzunehmen.

Ja  Nein

Ich wünsche, dass sämtliche **Korrespondenz** der CSS (Prämien, Kostenbeteiligungen, Policen, Versicherungskarte und Entscheide) an oben genannte Person / oben genanntes 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, Service Center, Postfach 2550, 6002 Luzern