

# 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 <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	Geschäft <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	Kundennummer <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 <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	Geschäft <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	Kundennummer <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 <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>	Unterschrift <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