



Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Industriestrasse 78
CH-4600 Olten
www.kvg.org

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber/in),

.....
Vorname, Name

.....
Geburtsdatum

.....
Strasse, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Ort

.....
Versicherten-Nummer

folgende Person:

.....
Vorname, Name

.....
Geburtsdatum

.....
Strasse, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Ort

.....
E-Mail

mich bei der **Gemeinsamen Einrichtung KVG** zu vertreten in:

krankenversicherungsrechtliche Angelegenheiten

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem Widerruf gültig.

Ort und Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber/in: