



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Ich bevollmächtige die unten aufgeführte Privatperson oder Firma/Institution in meinem Namen gegenüber der KPT¹ in meinen Versicherungsangelegenheiten tätig zu werden und insbesondere folgende Handlungen vorzunehmen:

- Versicherungsänderungen (z. B. Deckungsänderungen, Kündigung, Neuabschluss eines Vertrages etc.) / Zutreffendes bitte ankreuzen:
 - im Zusammenhang mit der Grundversicherung
 - Im Zusammenhang mit der Zusatzversicherung

- Erteilen und Einholen von Auskünften / Zutreffendes bitte ankreuzen:
 - im Zusammenhang mit der Grundversicherung
 - im Zusammenhang mit der Zusatzversicherung

Die nicht angekreuzten Handlungen dürfen wie bisher ausschliesslich durch die versicherte Person bzw. die gesetzliche Vertretung vorgenommen werden.

Bemerkungen (z.B. bestimmte Einschränkungen der Auskunftserteilung)

Durch mich bevollmächtigte Privatperson

Herr Frau
Vorname / Name _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____ Geburtsdatum _____
Mobil _____ E-Mail _____

Durch mich bevollmächtigte Firma / Institution

Name der Firma / Institution _____
Vorname / Name der Ansprechperson: _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

¹ Unter KPT ist je nach Versicherungsverhältnis mit der versicherten Person die KPT Krankenkasse AG (Grundversicherung) und/oder die KPT Versicherungen AG (Zusatzversicherung) zu verstehen.

Die vorliegende Vollmacht gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____
Versicherungsnehmer/in

Ort und Datum _____ Unterschrift _____
Bevollmächtigte/r

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular und falls notwendig die Kopie eines amtlichen Ausweises an folgende Adresse: KPT, Postfach, CH-3001 Bern