x--Anrede Schuldner--x

x--Name Vorname--x

x--Strasse Nr.--x

x--PLZ Ort--x

x--Ort,Datum--x

**Krankenversicherung:** x--Name--x, x--Versicherungsnummer--x

**Versicherungsnehmer/in.:** x--Name Vorname--x, x--Strasse Nr.--x, x--PLZ Ort--x

**NNSS- Nr.:** x--756.--x

**Vollmacht**

Der Unterzeichnende, x--Name Vorname--x, geb. x--Datum--x, wohnhaft in x--PLZ Ort--x,

bevollmächtigt hiermit

die x--Stadt/Gemeinde--x, Case Management, x--Strasse Nr.--x, x--PLZ Ort--x

in Verhandlungen mit den Versicherungen, Inkassobüros, Ärzten, Spitälern und allen übrigen Kostenstellern von Krankheitskosten zu treten.

Entbindet hiermit sämtliche Verhandlungspartner/innen gegenüber den Bevollmächtigten von allfälligen beruflichen oder amtlichen Geheimhalts- und Verschwiegenheitspflichten.

Weiter bevollmächtigt der Unterzeichnende beim Steueramt für die Neubemessung der Prämienverbilligung die entsprechende Steuerveranlagung zu verlangen.

Diese Vollmacht ist gültig bis zum Widerruf. Sie gilt ohne Anerkennung einer Rechtspflicht.

x--Ort,Datum--x

Der Versicherungsnehmer: Case Management x-Ort--x

……………………………… …………………………………….

x--Name Vorname--x x--Name Vorname--x