

VOLLMACHT



Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

E-Mail

Unterstützungsgesuch vom

Für die Abklärung meines Unterstützungsgesuchs an die Fondation Sana ermächtige ich deren Mitarbeiter sowie von dieser allenfalls beigezogene Zweitgutachter ausdrücklich, bei der Helsana-Gruppe (Helsana oder Progrès), bei deren Vertrauensärzten sowie bei meinen behandelnden (Zahn-)Ärzten, namentlich aber nicht ausschliesslich:

die erforderlichen Auskünfte und Dokumente einzuholen.

Es handelt sich dabei um Unterlagen und Auskünfte, für welche gesetzliche, vertragliche und berufliche Schweigepflichten bestehen. Ich entbinde daher die genannten Personen für die gesamte Dauer der Prüfung meines Gesuchs um finanzielle Unterstützung vorbehaltlos von den erwähnten Schweigepflichten.

Die Fondation Sana ist berechtigt, mit den genannten Organisationen und Personen die notwendigen Informationen auszutauschen bzw. bekannt zu geben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zugleich, dass für die nachgesuchte Leistung keine anderweitige Deckungsmöglichkeit der Kosten besteht (AHV/IV/Sozialdienst).

Datum, Unterschrift