

Vollmachtserklärung für die Abwicklung des Versichererwechsels zu Aquilana per

Ich/wir beauftrage/n Aquilana die administrativen Belange, insbesondere die Kündigung beim bisherigen Krankenversicherer für den Wechsel des Versicherers zu Aquilana per abzuwickeln und vorzunehmen.
Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf durch die vollmachtgebende Person/en:

1. Personalien und Adresse der versicherten Person (Versicherungsnehmer/in)

Anrede Frau Herr

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich

männlich

Personal-Nr. ABB

Die oben erwähnte Ermächtigung für den Versichererwechsel insbesondere für die **Kündigung** der Versicherungen per und der Vollmachtserteilung gilt ebenfalls für die nachstehend erwähnte/n Person/en.

2. Personalien Partnerin, Partner, Familienangehörige (im gleichen Haushalt)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Kündigung Versicherung

Grundversicherung KVG
Zusatzversicherungen VVG

Grundversicherung KVG
Zusatzversicherungen VVG

Grundversicherung KVG
Zusatzversicherungen VVG

Grundversicherung KVG
Zusatzversicherungen VVG

Grundversicherung KVG
Zusatzversicherungen VVG

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Unterschrift aller volljährigen Personen