aquilana
Gesundheit für Generationen

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 (Vorstand)

Anrede ☐ Frau ☐ Herr

Name		Vorname	
Adresse		PLZ / Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht	☐ M ☐ W
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

Bruggerstrasse 46, CH-5401 Baden
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99
www.aquilana.ch