

Personalien Versicherte/r

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Versicherten-Nr.	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Geschäft	_____
E-Mail	_____		

Vollmachtserklärung

Hiermit ermächtige ich nachfolgend erwähnte Personen, in meinem Namen gegenüber Aquilana Versicherungen (nachfolgend Aquilana) tätig zu werden und insbesondere folgende Handlungen in Zusammenhang mit meinen Versicherungsangelegenheiten vorzunehmen:

- Personen- und gesundheitsbezogene Auskünfte einzuholen und/oder zu erteilen (inkl. Dokumentenbestellung auf ausdrückliche Nachfrage, wie z.B. Policen, Leistungsabrechnungen)
- Versicherungsänderungen (inkl. Produkt- und Vertragsabschluss/-kündigung) vorzunehmen

Administrative Zustelladresse

Ich beauftrage Aquilana, sämtliche mein Versicherungsverhältnis betreffende Korrespondenz (Prämien- und Leistungsabrechnungen, Policen, Versicherungskarte usw.) an nachfolgend erwähnte, bevollmächtigte Person zuzustellen.

- Ja Nein

Eine Rücknahme der Bevollmächtigung als administrative Zustelladresse ist jederzeit möglich und berührt die Gültigkeit der Vollmacht nicht.

Personalien bevollmächtigte Person

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	E-Mail	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Geschäft	_____	Tel. Privat	_____

Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Bitte das ausgefüllte Formular ausdrucken und unterschrieben an Aquilana senden. Vielen Dank!