

## Personalien Versicherte/r

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

## 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

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

**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!**