Angaben zur Vertragstrennung per _____ (Bitte Datum angeben)

Wird kein Datum angegeben, erfolgt die Vertragstrennung zum nächstmöglichen Termin.

1. Angaben zu Personen, die im bestehenden Vertrag verbleiben

Familien-Ansprechperson

Name, Vorname

Versichertennummer | Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail | Telefon

Bleibt Bank-/Postverbindung bestehen?

○ Ja ○ Nein, IBAN

Weitere Personen im Vertrag

Name, Vorname

Versichertennummer | Geburtsdatum

Name, Vorname

Versichertennummer | Geburtsdatum

Name, Vorname

Versichertennummer | Geburtsdatum

2. Angaben zu Personen, die in den neuen Vertrag wechseln

Neue Familien-Ansprechperson

Name, Vorname

Versichertennummer | Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail | Telefon

Bank-/Postverbindung | Name der Bank

IBAN

Sie möchten, dass wir auf ein Konto im Ausland auszahlen? Wenn Sie uns eine ausländische IBAN angeben, akzeptieren Sie die Gebühr von CHF 3.– pro Überweisung. Die Gebühr ziehen wir direkt dem zu überweisenden Guthaben ab.

Gewünschter Zahlungsrhythmus

○ 1-monatlich[1] ○ 2-monatlich[1] ○ 3-monatlich ○ 6-monatlich

○ 12-monatlich (0,5% Skonto)

[1] Der Prämienbetrag muss im Total höher sein als CHF 100. –.

Weitere Personen im neuen Vertrag

Name, Vorname

Versichertennummer | Geburtsdatum

Name, Vorname

Versichertennummer | Geburtsdatum

Name, Vorname

Versichertennummer | Geburtsdatum

Ort und Datum | Unterschrift Familien-Ansprechperson

Ort und Datum | Unterschrift neue Familien-Ansprechperson

Ort und Datum | Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

Durch eine Vertragstrennung kann sich der Familienrabatt ändern oder wegfallen. Bei zwei Personen gewähren wir 5% und ab drei Personen 10% Familienrabatt auf Zusatzversicherungen.

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular an **form@helsana.ch**, via myHelsana Portalnachricht oder per Post an: Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich.

2601_Form_Angaben_Vertragstrennung_K-002-de