Dati per la separazione dal contratto famigliare dal _____ (pf inserire la data)

Se non viene indicata una data, il recesso dal contratto avverrà con la prima data possibile.

1. Dati dell'attuale contratto

Referente della famiglia

Cognome, nome

N. d'assicurato | Data di nascita

Via, n.

NPA, luogo

E-mail | Telefono

La relazione bancaria/postale rimane invariata?

○ Sì ○ No, IBAN

Desidera che le versiamo i pagamenti su un conto all'estero? Indicando un codice IBAN estero, lei accetta di pagare una tassa di CHF 3.– per ogni versamento. Provvederemo a detrarre la tassa direttamente dal credito da versare.

Ulteriori persone nel contratto

Cognome, nome

N. d'assicurato | Data di nascita

Cognome, nome

N. d'assicurato | Data di nascita

Cognome, nome

N. d'assicurato | Data di nascita

2. Indicazione delle persone che si separano dalla famiglia

Nuovo referente della famiglia

Cognome, nome

N. d'assicurato | Data di nascita

Via, n.

NPA, luogo

E-mail | Telefono

Conto bancario/postale | Nome delle banca

IBAN

Desidera che le versiamo i pagamenti su un conto all'estero? Indicando un codice IBAN estero, lei accetta di pagare una tassa di CHF 3.– per ogni versamento. Provvederemo a detrarre la tassa direttamente dal credito da versare.

Periodicità di pagamento desiderata?

○ Mensile [1] ○ Bimestrale [1] ○ Trimestrale ○ Semestrale

○ Annuale (0,5% di sconto)

[1] L'importo dei premi deve essere superiore a **CHF 100.–**

2601_Form_Angaben_Vertragstrennung_K-0 02-it

Ulteriori persone nel nuovo contratto

Cognome, nome

N. d'assicurato Data di nascita

Cognome, nome

N. d'assicurato Data di nascita

Cognome, nome

N. d'assicurato Data di nascita

Luogo e data	Firma del referente della familglia
Luogo e data	Firma del nuovo referente della famiglia
Luogo e data	Firma di tutte le persone maggiorenni elencate

Una divisione del contratto può comportare la modifica o la cessazione dello sconto per famiglie. A partire da due persone co ncediamo uno sconto per famiglie del 5% e da tre persone uno sconto per famiglie del 10% sulle assicurazioni integrative.

La invitiamo a inviarci il formulario compilato e firmato a **form@helsana.ch** tramite messaggio del portale myHelsana o per posta a: Helsana Assicurazioni SA, casella postale, 8081 Zurigo.

2601_Form_Angaben_Vertragstrennung_K-0 02-it