

Angaben zur Vertragstrennung per _____ (Bitte Datum angeben)

1 Angaben zu Personen, die im bestehenden Vertrag verbleiben

Familien-Ansprechperson	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Strasse, Nr.
	PLZ, Ort
	E-Mail Telefon
Bleibt Bank-/Postverbindung bestehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, IBAN
Weitere Personen im Vertrag	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum

2 Angaben zu Personen, die in den neuen Vertrag wechseln

Neue Familien-Ansprechperson	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Strasse, Nr.
	PLZ, Ort
	E-Mail Telefon
Bank-/Postverbindung	Name der Bank
	IBAN
Gewünschter Zahlungsrhythmus	<input type="checkbox"/> 1-monatlich ¹ <input type="checkbox"/> 2-monatlich ¹ <input type="checkbox"/> 3-monatlich
¹ Der Prämienbetrag muss im Total höher sein als CHF 100.00	<input type="checkbox"/> 6-monatlich (0,5% Skonto) <input type="checkbox"/> 12-monatlich (1% Skonto)
	<input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren Bank (LSV) <input type="checkbox"/> Swiss Direct Debit (CH-DD)
Weitere Personen im neuen Vertrag	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum

3 Einverständnis

Ort und Datum	Unterschrift Familien-Ansprechperson
Ort und Datum	Unterschrift neue Familien-Ansprechperson
Ort und Datum	Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen