

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
	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

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	<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