

Angaben zur Vertragszusammenführung, gültig ab _____ (Bitte Datum angeben)

1 Im Vertrag verbleibende Kunden:

Familien-Ansprechperson	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Zivilstand
	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 <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)

¹ Der Prämienbetrag muss im Total höher sein als **CHF 100.00**

Weitere Personen im Vertrag	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Zivilstand
	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Zivilstand
	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Zivilstand

2 Zum Vertrag kommende Kunden:

	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Zivilstand
	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Zivilstand
	Name, Vorname
	Versicherten-Nr. Geburtsdatum
	Zivilstand

Alle volljährigen versicherten Personen sind damit einverstanden, dass die Helsana-Gruppe sämtliche Korrespondenz gebündelt der Familien-Ansprechperson zustellen darf. Die Familien-Ansprechperson hat demzufolge Einblick in alle ihre Daten, einschliesslich besonders schützenswerte Daten. Sollte eine volljährige versicherte Person nicht mehr damit einverstanden sein, teilt sie dem Kundenservice seinen Widerruf schriftlich mit.

Ort und Datum	Unterschrift Familien-Ansprechperson
---------------	--------------------------------------

Ort und Datum	Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen
---------------	---