

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

Wird kein Datum angegeben, erfolgt die Vertragszusammenführung zum nächstmöglichen Termin

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

1-monatlich ¹

2-monatlich ¹

3-monatlich

6-monatlich (0,5% Skonto)

12-monatlich (1% Skonto)

Lastschriftverfahren Bank (LSV+)

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