

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? Ja 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
	<input type="checkbox"/> 6-monatlich <input type="checkbox"/> 12-monatlich (0,5% 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 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