

Vertragszusammenführung

Angaben zur Vertragszusammenführung, gültig ab

Wird kein Datum angegeben, erfolgt die Vertragszusammenführung zum nächstmöglichen Termin.

1. Im Vertrag verbleibende Kunden

Familien-Ansprechperson

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Bleibt die Bank-/ Postverbindung bestehen?

Ja

Nein, 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?

1-monatlich¹

2-monatlich¹

3-monatlich

6-monatlich

12-monatlich (0.5% Skonto)

Lastschriftverfahren Bank (LSV)

Swiss Direct Debit (CH-DD)

¹ Der Prämienbetrag muss im Total höher sein als CHF 100. –.

Weitere Personen im Vertrag

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

2. Zum Vertrag kommende Kunden

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

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

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular an **form@helsana.ch** via myHelsana Portalnachricht oder per Post an: Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich