

Angaben zur Vertragstrennung per

(Bitte Datum eingeben)*

*keine rückwirkende Trennung möglich

Angaben zum bestehenden Vertrag

	Familienvorstand	Name, Vorname
		Vers.-Nr. Geb. Datum
Diese Familienmitglieder bleiben im bestehenden Vertrag		Name, Vorname
		Vers.-Nr. Geb. Datum
		Name, Vorname
		Vers.-Nr. Geb. Datum
		Name, Vorname
		Vers.-Nr. Geb. Datum
Adresse		Strasse, Nr. PLZ, Ort
		E-Mail Tel.
Bleibt Bank-/Postverbindung bestehen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein: IBAN oder Postkonto-Nr.

Personen im neuen Vertrag

	Familienvorstand	Name, Vorname	Name, Vorname
		Vers.-Nr.	Vers.-Nr.
Weitere Familienmitglieder im neuen Vertrag		Name, Vorname	Name, Vorname
		Vers.-Nr.	Vers.-Nr.
		Name, Vorname	Name, Vorname
		Vers.-Nr.	Vers.-Nr.
		Name, Vorname	Name, Vorname
		Vers.-Nr.	Vers.-Nr.
		Name, Vorname	Name, Vorname
		Vers.-Nr.	Vers.-Nr.

Angaben zum neuen Familienvorstand

Adresse	Strasse, Nr.	PLZ, Ort
	E-Mail	Tel.
Bank-/Postverbindung Bank- und Postkontoinhaber muss mit Familienvorstand übereinstimmen	Name der Bank	
	IBAN oder Postkonto-Nr.	
Inkassorhythmus ¹ Der Prämienbetrag muss im Total höher sein als CHF 50.-.	<input type="checkbox"/> 1-monatlich ¹ <input type="checkbox"/> 2-monatlich <input type="checkbox"/> 3-monatlich <input type="checkbox"/> 6-monatlich <input type="checkbox"/> 12-monatlich <input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren Bank LSV <input type="checkbox"/> Debit Direct Post (DD)	

Ich bestätige, mit der Trennung des Versichertenvertrages einverstanden zu sein.

Ort, Datum	Unterschrift Familienvorstand
Ort, Datum	Unterschrift neuer Vertragsnehmer
	Unterschrift alle aufgeführten volljährigen Personen