

Angaben zur Familienzusammenführung

Gültig ab _____ (Bitte Datum eingeben)*
*keine rückwirkende Zusammenführung möglich

Im Vertrag bleibende Kunden

Familienoberhaupt

Name, Vorname

Vers.-Nr.

Geb. Datum

Weitere bereits in der Familie versicherte Personen

Name, Vorname

Vers.-Nr.

Geb. Datum

Name, Vorname

Vers.-Nr.

Geb. Datum

Name, Vorname

Vers.-Nr.

Geb. Datum

Adresse*

*(Muss mit dem Familienoberhaupt übereinstimmen)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Tel.

Bleibt Bank-/Postverbindung bestehen?

Ja

Nein: IBAN oder Postkonto-Nr.

Zum Familienvertrag kommende Kunden

Name, Vorname

Vers.-Nr.

Geb. Datum

Name, Vorname

Vers.-Nr.

Geb. Datum

Name, Vorname

Vers.-Nr.

Geb. Datum

Name, Vorname

Vers.-Nr.

Geb. Datum

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

Ort, Datum

Unterschrift Familienvorstand

Ort, Datum

Unterschrift neuer Vertragsnehmer

Unterschrift alle aufgeführten volljährigen Personen