Krankenkasse SLKK
Hofwiesenstrasse 370
8050 Zürich

+41 44 368 70 30
info@slkk.ch
slkk.ch

Vertragstrennung

Angaben zur Vertragstrennung per (Bitte Datum angeben)

1 Angaben zu den Personen, die im bestehenden Vertrag verbleiben

Familienvorstand

Vorname: Name:
Versicherten-Nr.: Geburtsdatum:

Familienmitglieder

Vorname: Name:
Versicherten-Nr.: Geburtsdatum:

Vorname: Name:
Versicherten-Nr.: Geburtsdatum:

Vorname: Name:
Versicherten-Nr.: Geburtsdatum:

Vorname: Name:
Versicherten-Nr.: Geburtsdatum:

2 Angaben zu Personen, die in den neuen Vertrag wechseln

Familienvorstand

Vorname: Name:
Versicherten-Nr.: Geburtsdatum:
Strasse, Nr.: PLZ, Ort:
E-Mail: Telefon:

Familienmitglieder

Vorname: Name:
Versicherten-Nr.: Geburtsdatum:

Vorname: Name:
Versicherten-Nr.: Geburtsdatum:

Bank-/Postverbindung Bank- und Postkontoinhaber muss mit Familienvorstand übereinstimmen

Name der Bank: IBAN:

Inkassorhythmus

☐ Prämienzahler ☐ Leistungsempfänger
☐ 1-monatlich ☐ 2-monatlich ☐ 3-monatlich ☐ 6-monatlich (0,5% Skonto) ☐ 12-monatlich (1% Skonto)
☐ Lastschriftverfahren Bank (LSV) ☐ Swiss Direct Debit (CH-DD)

3 Einverständnis

Ort Datum

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen