

Familien-/Vertragszusammenführung

Gültig ab

(Bitte Datum angeben)

1 Im Vertrag verbleibende Kunden

Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	Familienvorstand
Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	
Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	
Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	
Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	

Adresse*

Prämienzahler
Strasse, Nummer:
E-Mail:

Leistungsempfänger
PLZ, Ort:
Telefon:

Bank-/Postverbindung*

Prämienzahler
Name der Bank:

Leistungsempfänger
IBAN:

Inkassorythmus*

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)	

* Muss mit Familienvorstand übereinstimmen

2 Zum Familienvertrag kommende Kunden

Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	Familienvorstand
Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	
Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	
Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	
Vorname:	Name:	
Versicherten-Nr.:	Geburtsdatum:	

Ort

Datum

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen