

Teilung Familiendossier

Die folgende Teilung gilt ab: _____

Vertragsvorstand Police 1 (bisher zuständige Person)

Vers.-Nr.

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mitversicherte Person(en)

Vorname, Name

Vorname, Name

Vertragsvorstand Police 2

Vorname, Name

Geburtsdatum

Strasse, Nr.*

PLZ, Ort*

Telefon P

Telefon G

E-Mail

Mitversicherte Person(en)

Vorname, Name

Vorname, Name

* Bei einem Kantonswechsel bzw. Wechsel der Prämienregion benötigen wir eine Anmeldebestätigung der neuen Wohngemeinde.

Zahlungsadresse Police 2 (für Rückerstattungen)

Bank, -Post-
IBAN-Nr.

CH

lautend auf
Vorname/Name

Prämienzahlung Police 2

- 1-monatlich 2-monatlich 3-monatlich
 6-monatlich jährlich
 Lastschriftverfahren Bank (LSV) Debit Direct Post (DD)

Ort und Datum

Unterschrift Vertragsvorstand Police 1

Ort und Datum

Unterschrift Vertragsvorstand Police 2

Wichtig: Der Antrag muss zwingend von allen betroffenen volljährigen Personen unterzeichnet werden.