

Vertragstrennung

Angaben zur Vertragstrennung per

(Bitte Datum angeben)

1 Angaben zu Personen, die im bestehenden Vertrag verbleiben

Familienvorstand

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

Kollektivpartner*

Name:	Nummer:
Strasse, Nummer:	PLZ, Ort:
E-Mail:	Telefon:
Bleibt Bank-/Postverbindung bestehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein: IBAN

2 Angaben zu Personen, die in den neuen Vertrag wechseln

Neuer Familienvorstand

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

3 Angaben zum neuen Familienvorstand

Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:			
E-Mail:	Telefon:			
Bank-/Postverbindung Bank- und Postkontoinhaber muss mit Familienvorstand übereinstimmen				
Name der Bank:	IBAN:			
Inkassorhythmus				
<input type="checkbox"/> 1-monatlich	<input type="checkbox"/> 2-monatlich	<input type="checkbox"/> 3-monatlich	<input type="checkbox"/> 6-monatlich (0,5% Skonto)	<input type="checkbox"/> 12-monatlich (1% Skonto)
<input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren Bank (LSV)		<input type="checkbox"/> Swiss Direct Debit (CH-DD)		

4 Einverständnis

Ort:	Datum:
------	--------

Unterschrift Familienvorstand:	Unterschrift Vertragsnehmer:
--------------------------------	------------------------------

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen:

* Mitarbeitende oder Vereins- und Verbandsmitglieder können von gewissen Vorteilen profitieren, wenn eine entsprechende Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen dem Unternehmen/Verein/Verband und der SLKK abgeschlossen wurde. Erkundigen sie sich bitte darüber bei Ihrem Unternehmen/Verein/Verband.