

Policentrennung

Sie sind über eine Mehrpersonenpolice versichert und wünschen eine separate Police?

Sie können die gewünschte Policentrennung einfach mit dem angefügten Formular schriftlich melden. Im Anschluss stellen wir die neuen, separierten Versicherungspolice aus.

Bitte beachten Sie, dass das Formular vollständig ausgefüllt ist. Für die Trennung der Police benötigen wir die Zustimmung sowie die Unterschrift sämtlicher beteiligter Personen.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Krankenkasse Wädenswil

Policentrennung

Die Policentrennung 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- oder Post-IBAN-Nr. CH

lautend auf Vorname / Name

Prämienzahlung Police 2

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-monatlich | <input type="checkbox"/> 2-monatlich | <input type="checkbox"/> 3-monatlich |
| <input type="checkbox"/> 6-monatlich | <input type="checkbox"/> jährlich | |
| <input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren Bank (LSV) | <input type="checkbox"/> 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.