



## Änderungen Kundendaten

### Personalien (bisher)

Name	Vorname
Strasse/Nr.	PLZ /Ort
Telefon	Geburtsdatum
Versicherten-Nr.	

### Änderungsgrund

(bitte entsprechendes Feld ankreuzen)

- |                                                   |                                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Namensänderung           | <input type="checkbox"/> Unfalldeckung einschliessen    |
| <input type="checkbox"/> Adressänderung           | <input type="checkbox"/> Unfalldeckung ausschliessen    |
| <input type="checkbox"/> Neues Bank-/Postkonto    | <input type="checkbox"/> Familienzusammenführung        |
| <input type="checkbox"/> Änderung Bank-/Postkonto | <input type="checkbox"/> Familientrennung/sep. Rechnung |

**Inkasso neu:**  monatlich  alle 2 Monate  pro Quartal  halbjährlich  jährlich

**Beschreibung** (Bitte die gewünschte Änderung genau präzisieren)

Neuer Name \_\_\_\_\_

Neue Adresse \_\_\_\_\_

Neues Konto Nr. \_\_\_\_\_ IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

Name und Adresse der Bank \_\_\_\_\_

Namen der Mitglieder die neu zu einer Familie gehören \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name des Versicherten der neu als Einzelmitglied geführt werden soll \_\_\_\_\_

**Gültig ab:** \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_