

Änderungsbestätigung

Hiermit bestätigen wir, dass wir der kmu-Krankenversicherung die Vollmacht für folgende Änderungen erteilen:

Familientrennung * Adressänderung _____

* Bei Familientrennungen müssen die Angaben beider Ehe-/Lebenspartner je in eine Spalte eingetragen werden. Im weiteren sind unter Bemerkungen allfällige Änderungen für sämtliche Kinder notiert werden. Dieses Formular ist bei einer Familientrennung zwingend von beiden Ehe-/Lebenspartnern zu unterzeichnen, damit wir rechtlich befugt sind, die Änderung vorzunehmen.

Name, Vorname: _____

Vers.-Nr. _____

Adresse: _____

Bank-/Postverbindung:

Konto-Nr. _____

Bank-Clearing-Nr.: _____

Bank-Adresse: _____

- für Prämienbelastung
 für Leistungsauszahlung

mit Gültigkeit ab: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____

Vers.-Nr. _____

Adresse: _____

Bank-/Postverbindung:

Konto-Nr. _____

Bank-Clearing-Nr.: _____

Bank-Adresse: _____

- für Prämienbelastung
 für Leistungsauszahlung

mit Gültigkeit ab: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bemerkungen / Weitere Änderungen