

Formular Familiengruppierung

Als Familienvertretung senden wir Ihnen dieses Formular. Bitte lesen Sie alle wichtige Informationen zur Familiengruppierung unter assura.ch/de/services/family-group nach, bevor Sie das Formular ausfüllen.

Familienvertretung

Name, Vorname	<input type="text"/>
Police-Nr.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
Bankinstitut	<input type="text"/>
Kontoinhaber	<input type="text"/>
	<i>(Name und Vorname wie bei der Bank/Post hinterlegt)</i>
IBAN	<input type="text"/>

Kundenportal

- ☐ Sie haben bereits ein Kundenportal.
- ☐ Sie haben kein Kundenportal, aber ein oder mehrere Familienmitglieder haben eines. Das Konto des nachfolgenden Familienmitglieds wird auf Sie übertragen. Die übrigen Konten werden geschlossen.
- | | |
|----------------|----------------------|
| Name, Vorname | <input type="text"/> |
| E-Mail-Adresse | <input type="text"/> |
- ☐ Bisher hat kein Familienmitglied ein Kundenportal. Sie möchten ein Konto auf assura.ch erstellen.
- ☐ Sie möchten kein Kundenportal haben.

Art der Rechnungsstellung und Prämienzahlung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> QR-Rechnung | <input type="checkbox"/> eBill (Informationen unter ebill.ch) |
| <input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren Bank (LSV+) | <input type="checkbox"/> Swiss Direct Debit (CH-DD) |

Falls Sie das Lastschriftverfahren (LSV+ oder Swiss Direct Debit) gewählt haben: Füllen Sie bitte das Formular auf unserer Website unter assura.ch/de/unsere-dienste im Bereich «Hilfreiche Unterlagen» aus und übermitteln Sie es Ihrer Bank.

Zahlungsrhythmus für Prämien

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jährlich (2% Rabatt) | <input type="checkbox"/> Halbjährlich (1% Rabatt) |
| <input type="checkbox"/> Vierteljährlich | <input type="checkbox"/> Monatlich |

Inkrafttreten der Familiengruppierung

Die Familiengruppierung wird bei der nächsten Rechnungsstellung wirksam.

Mitglieder der Familiengruppierung

Die Personen, die in die Familiengruppierung aufgenommen werden sollten, müssen an derselben Adresse wohnhaft sein wie Sie. Zudem müssen Sie das Sorgerecht für die minderjährigen Mitglieder haben.

Die Kontaktdaten jeder Person sind unten anzugeben. Zudem muss jede Person ab 18 Jahren mit ihrer Unterschrift auf diesem Formular ihr Einverständnis bekunden.

Minderjährige Familienmitglieder

Name(n), Vorname(n) _____
Police-Nr. _____
Geburtsdatum _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____

Name(n), Vorname(n) _____
Police-Nr. _____
Geburtsdatum _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____

Name(n), Vorname(n) _____
Police-Nr. _____
Geburtsdatum _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____

Volljährige Familienmitglieder

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Versicherungspolice von der Familienvertretung betreut wird. Somit können die gesamte Korrespondenz und alle Informationen, die mich betreffen, an sie gerichtet werden, einschliesslich vertraulicher persönlicher Daten, wie z. B. meine Gesundheitsdaten. Ich kann diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, indem ich den Kundendienst von Assura schriftlich darüber informiere.

Name(n), Vorname(n) _____
Police-Nr. _____
Geburtsdatum _____

Ort und Datum

Unterschrift

Name(n), Vorname(n) _____
Police-Nr. _____
Geburtsdatum _____

Ort und Datum

Unterschrift



Unterschrift der gewählten Familienvertretung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen und stimme zu, dass die gesamte Korrespondenz betreffend die Mitglieder meiner Familiengruppierung an mich gerichtet wird.

Ort und Datum

Unterschrift

Bei Fragen sind wir unter der Gratisnummer 0800 277 872 gerne für Sie da.