

Einwilligungserklärung

zur Vertragstrennung

Bisherige Versicherungs-Nr.: _____

Zu trennende Person

Name

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

neuer Versicherungsnehmer im neuen Vertrag

Name

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer / Mailadresse

Hiermit beantragen wir für oben genannte versicherte Person eine Vertragstrennung durchzuführen und bitten um die Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins.

Bestätigung der Bankdaten und Einzugsermächtigung

- ☐ gilt nur für den neuen Vertrag
- ☐ gilt für alle bei der vigo Krankenversicherung bestehenden Verträge

Verpflichtungsgrund	Versicherungsbeiträge
Meine/unsere Konto-Nr. (IBAN)	DE_____
Genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts	_____
für Lastschriftinzug ab	_____
Name und Unterschrift Kontoinhaber	_____

☐ Ich willige ein, dass mich die *vigo* Krankenversicherung und Ihre Vermittler telefonisch und per E-Mail über Versicherungsprodukte informieren dürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Vertrag besteht. Ein Widerruf für die Zukunft ist jederzeit möglich.

Ort, Datum _____

Unterschrift
(bisheriger Versicherungsnehmer) _____

Unterschrift
(neuer Versicherungsnehmer) _____

vigo
Krankenversicherung VVaG
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf