

ABSENDER

EINSCHREIBEN

KÜNDIGUNG KRANKENVERSICHERUNG

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige/n ich/wir folgende Versicherungen bei Ihrer Gesellschaft per: _____

Versicherungs-Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum	<input checked="" type="checkbox"/> Zu kündigende Versicherung
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG

Ich bitte Sie um Kenntnisnahme und Zustellung der Aufhebungsbestätigung. Kann die Kündigung per obengenanntem Datum nicht akzeptiert werden, gilt sie automatisch auf den nächstmöglichen Kündigungstermin. Besten Dank.

Freundliche Grüsse

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer(in)

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

Versicherungsbestätigung zuhanden der bisherigen Krankenversicherung

Gemäss Art. 7, Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes KVG bestätigen wir hiermit die Aufnahme der oben erwähnten Person(en) in die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

per: _____

Visum Vorgesetzte/r

Stempel, Datum, Visum Mitarbeiter/in
