

Kündigung

Wir übernehmen die Kündigung Ihrer bestehenden Versicherung, wenn wir Sie vorbehaltlos bei der _____
versichern können.

Füllen Sie einfach das Kündigungsformular aus und senden Sie es zusammen mit dem vollständig ausgefüllten und unter-
zeichneten Versicherungsantrag und ggf. den Gesundheitsfragen an uns zurück.

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____

Ich bestätige hiermit, dass ich meine Versicherung/meine Versicherungen per _____ oder auf den nächstmöglichen
Termin auflösen will.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

bei Versicherung _____
Adresse _____

Ergänzungsversicherungen nach VVG

bei Versicherung _____
Adresse _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Versicherungsbestätigung zuhanden der bisherigen Krankenversicherung (wird durch Versicherer ausgefüllt)

Gemäss Art. 7, Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes KVG bestätigen wir hiermit die Aufnahme der oben genannten
Person in die obligatorische Krankenversicherung per _____ (Datum). Wir bitten Sie, den Austritt aus Ihrer
Krankenversicherung entsprechend vorzunehmen und zu bestätigen.

Ort, Datum _____ Der Versicherer _____