

.....
.....
.....
.....

Einschreiben (R)

.....
.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

Kündigung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündigen ich/wir für nachfolgende Personen die obligatorische Krankenversicherung nach KVG per sowie die Zusatzversicherungen nach VVG per und bitten Sie, mir/uns dies zu bestätigen:

Vers.-Nr.	Name	Vorname	Geb.-Datum	Unterschrift	KVG/VVG
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> VVG
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> VVG
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> VVG
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> VVG
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> VVG
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> VVG
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> VVG

Gerne erwarten ich/wir Ihre Kündigungsbestätigung.

Freundliche Grüsse

.....

Versicherungsbestätigung

Gemäss dem Art. 7 Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bestätigen wir hiermit die Aufnahme der oben genannten Person(en) in die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG per _____

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift