

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

Einschreiben (R) Uneingeschrieben zurück

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

Ort, Datum

Kündigung der Police Nr. _____

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige/n ich/wir für nachfolgende Person(en) 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

Gerne erwarte/n ich/wir Ihre Kündigungsbestätigung.

Freundliche Grüsse

Versicherungsbestätigung (wird durch die Visana ausgefüllt)

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 und Unterschrift