

(Ihr Name und Ihre Adresse)

(Hauptsitz der bisherigen Krankenkasse)

LSI

Datum des Poststempels

Kündigung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige/n ich/wir die Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse für die unten aufgeführten Policen für nachfolgende Versicherungen:

Obligatorische Krankenpflege gemäss KVG per _____

oder auf den nächstmöglichen Kündigungstermin nach dem oben erwähnten Datum.

Für folgende Mitglieder:

Name des Versicherungsnehmers

Policen - Nr.

Geburtsdatum

<u>Name des Versicherungsnehmers</u>	<u>Policen - Nr.</u>	<u>Geburtsdatum</u>
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Ich/wir danken Ihnen für die Ausführung dieses Auftrages und bitte/n Sie um die Zustellung einer entsprechenden Austrittsbestätigung.

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Ehe-/Partner(in)

PS: Die Aufnahmebestätigung gemäss KVG sendet die neue Kasse direkt an Ihre Direktion.