

(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**

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

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.**