

.....

.....

.....

.....

Einschreiben (R)

.....

.....

.....

.....

.....

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
.....					☐ KVG
.....					☐ VVG
.....					☐ KVG
.....					☐ VVG
.....					☐ KVG
.....					☐ VVG
.....					☐ KVG
.....					☐ VVG
.....					☐ KVG
.....					☐ VVG

Gerne erwarte/n ich/wir Ihre Kündigungsbestätigung.

Freundliche Grüsse

Versicherungsbestätigung *(wird durch die Galenos 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