

(Ihr Name und Ihre Adresse)

(Hauptsitz der bisherigen Krankenkasse)

LSI

Datum des Poststempels

Eintrittsverschiebung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit verschieben ich/wir das Eintrittsdatum bei Ihrer Krankenkasse für die unten aufgeführten Policen für nachfolgende Versicherungen:

Obligatorische Krankenpflege gemäss KVG per _____

Die Zusatzversicherung gemäss VVG für die unten aufgeführten Branchen per _____

Oder auf den nächstmöglichen Kündigungstermin nach dem oben erwähnten Datum.

Verschiebungsgrund:

- Jetzige Krankenkasse erhöht die Prämien nicht
- Mehr Jahres Vertrag bis _____
- Kündigung wurde nicht akzeptiert
- Kündigung vergessen

Für folgende Mitglieder :

Name des Versicherungsnehmers

Policen – Nr.

VVG Branchen

-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Ich/wir danken Ihnen für die Ausführung dieses Auftrages und bitte/n Sie um die Zustellung der neuen Policen.

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Ehe-/Partner(in)

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