

Bitte ausfüllen und an Sympany zurücksenden

Absender

.....

Einschreiben

.....

Ort/Datum

Kündigung

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich/wir kündige/n für nachfolgende Person/en die aufgeführte Versicherungsdeckung:

Kündigungsfrist Zusatzversicherung: 3 Mte 5 Mte 6 Mte Monate

Name	Vorname	Geb.datum	Gekündigte Versicherungen	Kündigungsdatum*
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG

* oder auf den nächstmöglichen Termin
 * oder infolge Prämienenerhöhung
 * oder infolge Altersgruppenwechsel

Bitte bestätigen Sie mir/uns die Kündigung.

Freundliche Grüsse

.....
 Unterschriften aller oben angeführten volljährigen Familienmitglieder

Wird von Sympany ausgefüllt

Versicherungsbestätigung zuhanden der oben genannten Krankenkasse

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

.....

Wir bitten Sie, den Austritt aus Ihrer Krankenversicherung vorzunehmen.

Sympany

Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel
 T +41 800 455 455

Basel,.....

.....