



KÜNDIGUNG.

Senden Sie dieses Dokument nicht direkt an Ihre Krankenversicherung, sondern an SWICA. Wir garantieren, dass die Weiterleitung erst erfolgt, wenn Sie vorbehaltlos und Ihren Wünschen entsprechend bei SWICA versichert sind.

Ihr Name und Ihre Adresse

Einschreiben
(Genaue Adresse Ihrer jetzigen Versicherung)

Datum des Poststempels

Hiermit kündige(n) ich/wir folgende Versicherung(en) bei Ihrer Gesellschaft per _____ oder auf den nächstmöglichen Termin.

Zu kündigende Versicherung (Zutreffendes bitte markieren)

Name		Grundversicherung nach KVG	per
Vorname		Zusatzversicherungen nach WG	per
Geburtsdatum	(Tag/Monat/Jahr)	Versicherten-Nr.	

Name		Grundversicherung nach KVG	per
Vorname		Zusatzversicherungen nach WG	per
Geburtsdatum	(Tag/Monat/Jahr)	Versicherten-Nr.	

Name		Grundversicherung nach KVG	per
Vorname		Zusatzversicherungen nach WG	per
Geburtsdatum	(Tag/Monat/Jahr)	Versicherten-Nr.	

Name		Grundversicherung nach KVG	per
Vorname		Zusatzversicherungen nach WG	per
Geburtsdatum	(Tag/Monat/Jahr)	Versicherten-Nr.	

Ich bitte Sie, von Rückgewinnungsversuchen abzusehen.

_____	_____	_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer/in	Unterschrift (Ehe-)Partner/in	Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre

