

Kündigung



Ihr Name und Ihre Adresse:

Einschreiben

(Genaue Adresse Ihrer jetzigen Versicherung)

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.

Datum des Poststempels

Sehr geehrte Damen und Herren

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

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Zu kündigende Versicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Grundversicherung nach KVG per _____
 Zusatzversicherungen nach VVG per _____
Versicherten-Nr. _____

Grundversicherung nach KVG per _____
 Zusatzversicherungen nach VVG per _____
Versicherten-Nr. _____

Grundversicherung nach KVG per _____
 Zusatzversicherungen nach VVG per _____
Versicherten-Nr. _____

Grundversicherung nach KVG per _____
 Zusatzversicherungen nach VVG per _____
Versicherten-Nr. _____

Grundversicherung nach KVG per _____
 Zusatzversicherungen nach VVG per _____
Versicherten-Nr. _____

Ich bitte Sie, von Rückgewinnungsversuchen abzusehen.

Freundliche Grüsse

Ort/Datum

Unterschrift
Versicherungsnehmer(in)

Unterschrift
Ehe-/Partner(in)

Unterschrift
Jugendliche über 18 Jahre

Versicherungsbestätigung zuhanden der oben genannten Krankenversicherung

Gemäss Art. 7, Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes KVG bestätigen wir hiermit die Aufnahme der oben genannten Person(en) in die gesetzlich vorgeschriebene Krankenpflege-Grundversicherung per _____. Diese Bestätigung gilt nur für den Fall, dass die versicherte(n) Person(en) die Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt hat (haben). Wir bitten Sie, den Austritt aus Ihrer Krankenversicherung entsprechend vorzunehmen.

Ort/Datum

Ansprechperson SWICA

SWICA Krankenversicherung AG

Unterschrift
