

Absender

Ort / Datum _____

EINSCHREIBEN

Kündigung

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Damen und Herren

Untenstehende Personen kündigen die aufgeführten Versicherungen bei Ihnen mit folgenden Daten:

Vorname und Name	Geburtsdatum	Kündigung KVG per	Kündigung VVG per	Unterschrift
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Gerne erwarten wir Ihre Bestätigung.

Freundliche Grüsse

Aufnahmebestätigung

Wir bestätigen die Aufnahme der oben genannten Person/en in die obligatorische Krankenpflegeversicherung per _____. (Artikel 7, Absatz 5 KVG): Diese Bestätigung gilt nur, sofern die oben genannte/n Person/en die Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt hat/haben (Artikel 64a, Absatz 4 KVG).

Krankenkasse Birchmeier
Hauptstrasse 22
5444 Künten
Tel. 056 485 60 40

Datum und Unterschrift Mitarbeiter Krankenkasse Birchmeier:
