

Absender

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einschreiben**


Aktueller Versicherer

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Kündigung Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

 Hiermit kündige/n ich/wir folgende Versicherungen bei Ihrer Gesellschaft per: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum	<input checked="" type="checkbox"/> Zu kündigende Versicherung
	_____	_____	<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

Ich wechsle die Versicherung innerhalb der Helsana-Gruppe.

(Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG, Helsana Unfall AG und Progrès Versicherungen AG.)

Ich bitte Sie um Kenntnisnahme und Zustellung der Aufhebungsbestätigung. Besten Dank.

Freundliche Grüsse

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer(in)

X

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

X

### Versicherungsbestätigung zuhanden der bisherigen Krankenversicherung

Gemäss Art. 7, Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes KVG bestätigen wir hiermit die Aufnahme der oben erwähnten Person(en) in die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

per: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Stempel

\_\_\_\_\_  
Funktion und Unterschrift 1

\_\_\_\_\_  
Funktion und Unterschrift 2

