

Ihre Absenderadresse:

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

Ihr bisheriger Versicherer:

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

## Kündigung meiner Versicherung(en)

Wir leiten Ihre Kündigung an Ihren aktuellen Versicherer gerne weiter, wenn wir Sie vorbehaltlos bei der CSS Versicherung (CSS, Arcosana, Intras) versichern können. Füllen Sie einfach das Kündigungsförmular aus und senden Sie es mindestens 10 Tage vor Ablauf der Kündigungsfrist an uns zurück.

Bitte beachten Sie, dass wir bei einem verspäteten Eingang die fristgerechte Kündigung bei Ihrem Vorversicherer nicht garantieren können.

Personalien der versicherten Person

Name ..... Vorname .....  
Strasse ..... PLZ/Ort .....

- Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

Ich bestätige hiermit, dass ich meine Versicherung per ..... oder auf den nächstmöglichen Kündigungstermin auflösen will.

beim Versicherer .....  
Adresse .....  
aktuelle Policennummer .....

- Ergänzungsversicherungen nach VVG

Ich bestätige hiermit, dass ich meine Versicherung(en) per ..... oder auf den nächstmöglichen Kündigungstermin auflösen will.

beim Versicherer .....  
Adresse .....  
aktuelle Policennummer .....  
Bemerkung .....

Ort, Datum ..... Unterschrift der versicherten Person  
oder deren gesetzlichen Vertretung .....

### Versicherungsbestätigung zuhanden der bisherigen Krankenversicherung (wird durch den Versicherer ausgefüllt)

Gemäss Art. 7 Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bestätigen wir hiermit die Aufnahme der oben genannten Person in die obligatorische Krankenversicherung bei der ..... per ..... (Datum).  
Wir bitten Sie, den Austritt aus Ihrer Krankenversicherung entsprechend vorzunehmen und zu bestätigen.

Ort, Datum .....

Der Versicherer .....  
(Doppelunterschrift zwingend)